

Sida

Tournai

7 mai 1998

L'ASBL S.I.D.ACTION, Agence locale de prévention du sida du Hainaut occidental, organise un colloque traitant de "la prévention au temps des tri-thérapies".

Il se déroulera de 8h30 à 16h30 dans les locaux de la Maison de la culture de Tournai. De 8h30 à 12h30: aspects scientifiques et médicaux, et témoignages. De 14h à 16h30: ateliers thématiques et échanges. P.A.F.: 950 FB

Renseignements: S.I.D.ACTION, Isabelle Lebrun ou René Dejonckheere, rue de Cordes 9, 7500 Tournai, tél. 069/22.15.71, fax 069/23.52.50.

Social

Liège

15 mai 1998

«La détresse sociale. Une réalité plurielle ! Inéluctable?», colloque organisé par le Comité interprovincial des affaires sociales.

Différents angles d'approche et «tranches de vie»: le milieu et le cursus scolaires, la famille sous toutes ses formes, la vie et le contexte professionnels versus l'exclusion socio-économique, le troisième âge ou la vieillesse, le système social et la violence symbolique.

Lieu: Palais des Congrès de Liège, Esplanade de l'Europe 2. Inscription gratuite.

Renseignements: M.-F. Natalis-Wera, Maison du social, Province de Liège, bd d'Auroy 28-30, 4000 Liège, tél. 04/232.31.46, fax 04/232.31.79.

Santé publique

Rotterdam

29-30 mai 1998

Social policy and citizen participation (expert meeting).

Secrétariat du congrès: GGD/Gezonde stad, M. H. Boerema, PO Box 70 032 3000 LP Rotterdam, fax +31.10.433.98.33.

Sécurité routière

La Fondation Environnement-santé-consommation lance un appel aux projets. Cette offre de soutien s'adresse à l'ensemble des acteurs du monde de l'éducation des enfants et des jeunes.

Le thème est "Mobilité des enfants et des jeunes". Ce thème est également celui d'une campagne plus générale

de la FESC avec, in fine, deux réalisations majeures: un cédérom interactif et ludique, et un module d'animation, présenté au Centre des Droits de l'Enfant d'Houtopia à Houffalize, sur le thème de la sécurité des enfants et des jeunes usagers de la route.

Un cahier des charges est disponible au secrétariat de la FESC. Les candidatures pour un soutien de la FESC doivent lui être adressées pour le 15 mai au plus tard.

Pour toute information, contacter Emmanuel Piret, FESC, place St-Jean 1 / 2, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.04.72, fax 02/512.27.62.

Cancer

Bruxelles

Mai et juin 1998

Ateliers de formation en prévention et dépistage du cancer, destinés aux médecins généralistes.

Dates: jeudis 7 mai et 4 juin 1998 de 19 à 22h.; samedis 23 mai et 20 juin de 10 à 13h.

8 médecins maximums par atelier - 30 UFC.

Responsable: Professeur A. Vandembroucke.

Lieu: Ecole de santé publique, Clos Chapelle aux Champs 30 (rez-de-chaussée, local C021), 1200 Bruxelles.

Informations et inscriptions: Madame Coppens, Unité de prévention et de dépistage du cancer, E.S.P./3051, clos Chapelle aux Champs 30, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.33.36, fax 02/764.33.48.

Demande d'emploi

Graduée en diététique et licenciée en éducation pour la santé, ayant une expérience de plus de deux ans en éducation et en promotion de la santé, recherche un emploi. Coordonnées: Bourlet Sophie, rue du Premier Mai 4/4, 4102 Ougrée, tél. 04/336.27.41.

Communiqué

Parléoute ASBL - groupes de parole pour personnes séropositives et leur entourage - recherche un local pour ses réunions trois fois par mois en soirée, de 19h15 à 22h15. Ce local devra être indépendant avec toilettes (pas d'accès à d'autres locaux qui contiennent des dossiers ou des marchandises) et de préférence à proximité d'un métro. Participation dans les frais de fonctionnement possible (pas de loyer). Contacter Jean-Claude Thiroux au 02/219.49.97.

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.

Conseiller de la rédaction:

Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction:

Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint:

Anne Fenaux.

Rédaction: Chantal Delvaux,

Maryse Van Audenhaege

Documentation:

Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Martine Bantuelle,

Luc Berghmans, Christian De Bock,

Alain Deccache, Michel Demarteau,

Anne Fenaux, Anne Geraets, Sophie

Hector, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux,

Véronique Janzyl

Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric

Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard

Descampe, avenue du Val d'Or 79,

1150 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impres-

sion: Economat ANMC.

Tirage: 2.200 exemplaires.

Diffusion: 1.800 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la

Loi 121, 1040 Bruxelles.

Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). E-mail:

infor.sante@skynet.be.

Internet:

www.euronet.be/healthpromo

Education

SANTÉ

MAI 1998

127



photo: Benelux Press

Réflexions

Plaisirs sous haute surveillance médicale
par Serge Zombek
p. 6

Initiatives

Médias et promotion de la santé:
je t'aime moi non plus ?
par Christian De Bock
p. 7

Un tableau de bord en promotion de la santé

par Denise Delière, Etienne Declercq et Vincent Lorant
p. 2

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



Un tableau de bord en promotion de la santé

Définitions

Cet article présente un tableau de bord en promotion de la santé, à usage de la Communauté française de Belgique et des acteurs investis dans ce secteur d'activité. Le tableau de bord est un outil qui articule le système de décision et les sous-systèmes d'information afin de contrôler l'évolution de l'ensemble des activités et programmes vers des objectifs de promotion de la santé. Il est composé d'un ensemble d'objectifs de santé publique reconnus, latents ou proposés au regard desquels il fournit des indicateurs valides et fiables.

Ce système de pilotage offre une double interface, d'une part entre l'élaboration de la stratégie formelle (les plans à 5 ans par exemple) et le champ stratégique de la promotion de la santé (les besoins, les services offerts, les actions entreprises, les compétences des institutions investies dans ce secteur); et d'autre part, entre la stratégie actualisée et la dynamique organisationnelle. Celle-ci concerne l'impact de la culture, des structures et des individus sur l'actualisation de la stratégie formelle.

Le tableau de bord présenté ici est différent d'autres systèmes de pilotage en santé publique: ce n'est pas un tableau de bord de la santé en général tel que "Health for All" (OMS), mais bien un outil de pilotage centré sur les problèmes et les services de santé relevant de la promotion de la santé. Contrairement au système de pilotage du Pays de Galles, par exemple, le présent tableau de bord ne recouvre pas la sphère des soins de santé, sauf lorsque ceux-ci constituent des actes de prévention primaire (vaccinations) ou secondaire (dépistage).

Le tableau de bord se distingue également des systèmes de surveillance, tel que le cadastre de la tuberculose, le registre MONICA, le cadastre du sida, etc. Ces derniers sont des systèmes d'information, tandis que le tableau de bord est un système d'aide à la prise de décision. La fonction du tableau de bord n'est pas de surveiller la santé, mais bien de piloter les straté-

gies. Cependant, l'élaboration et le maintien du tableau de bord se nourrissent de l'information de ces systèmes d'information.

Le champ

Le champ de ce travail est la promotion de la santé, dans le cadre des compétences de prévention de la Communauté française de Belgique. "La promotion de la santé s'entend comme le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques" ¹. Le champ de la promotion de la santé dépasse les compétences de la Communauté française ²: la législation en ce qui concerne la publicité, la politique tarifaire et fiscale, les mesures visant l'environnement et les toxiques, l'assurance maladie-invalidité, l'hygiène alimentaire, l'infrastructure et la réglementation de la circulation routière, les campagnes d'éducation routière sont clairement des moyens d'action de la promotion de la santé, mais résidant hors de la sphère de la compétence de la Communauté française de Belgique ³. Le partage des compétences formelles attribuée à la Communauté française les matières relevant de la prévention collective et de certains services de médecine préventive (comme les consultations de nourrissons ou la médecine scolaire) dans le cadre de structures collectives (ONE, IMS-PMS).

De même, les réformes des systèmes de santé qui se réalisent dans les différents pays de l'OCDE se font le plus souvent en marge d'un cadre de santé publique globale, tel que "Health for All" ⁴, avec comme conséquence que tout le système des soins de santé reste plus ou moins décroché de la plani-

fication spécifique à la promotion de la santé, en dépit du fait que le système curatif hospitalier et ambulatoire est susceptible de jouer un rôle important en matière de prévention primaire et secondaire, tel qu'illustré en Angleterre et en Nouvelle-Zélande ⁵.

Dans le présent travail, le choix opéré est de considérer, en termes de problèmes de santé, l'ensemble des problèmes les plus importants et vulnérables à de la prévention primaire et secondaire sous une forme ou l'autre ⁶ quelle que soit la compétence réelle de la Communauté française, soutenant ainsi une approche inter-sectorielle et de tous les niveaux de pouvoirs belges. Toutefois, les services de santé pris en compte sont principalement ceux dont la Communauté française de Belgique a la compétence.

Quel pilotage en promotion de la santé?

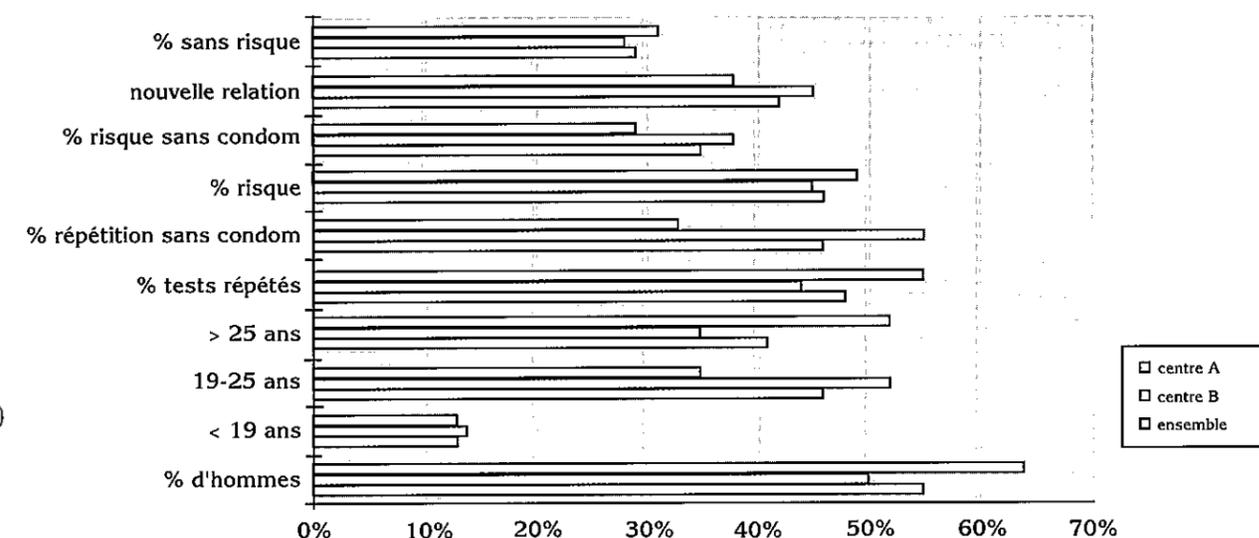
La difficulté du pilotage en promotion de la santé est double ⁷, de nature méthodologique et théorique ⁸.

En premier lieu, les programmes s'inscrivent dans des contextes complexes où oeuvrent de multiples facteurs exogènes, ce qui rend délicate toute imputation d'une évolution favorable d'un indicateur ou l'autre de santé. Il n'est donc pas aisé de désigner

- 1 Décret portant organisation de la Promotion de la santé en Communauté française in *Education Santé*, n°120, 1997, 7.
- 2 Voir la discussion sur ce point dans *Education Santé*, n° 120, septembre 1997, 6.
- 3 Voir la taxonomie dans Burij, J. (1988) *L'éducation pour la santé*, Bruxelles: De Boeck.
- 4 Dekker Evert (1994) *Health care reforms and public health*. *European Journal of Public Health* 4, 281-286.
- 5 Nutbeam, D and Wise, M (1996) *Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets*. *Health Promotion International* 11, 219-226.
- 6 Nous ne restreignons pas le présent tableau de bord à la seule prévention primaire collective.
- 7 Saulou, J., Y (1982) *Le tableau de bord*, Paris: les éditions de l'organisation, 215p.
- 8 Lorant, V (1997) *Faut-il des objectifs en promotion de la santé ?* *Education Santé* 116, 3-10.

Figure 1:

COMPARAISON DE DEUX CENTRES DE DEPISTAGE EN 1996



cateurs. Ce projet est réalisable là où ce travail peut être intégré au sein des activités quotidiennes des équipes et qu'il rencontre l'intérêt de ces équipes. Un exemple d'application du projet concernerait le niveau des relais en éducation ou promotion santé: on peut concevoir la récolte et l'analyse du contenu des demandes formulées aux Centres locaux de promotion santé.

Un travail similaire a déjà été réalisé dans le cadre de Sidsida-vigie: nous

avons réalisé une analyse sur le contenu des demandes d'informations sur le sida faites aux centres d'écoute téléphonique. Les résultats ont montré, entre autres, qu'un grand nombre d'interrogations sur les rapports bouche-sexe demeuraient. L'Agence de prévention du sida a pu rajouter cet aspect de la prévention dans ses politiques et les équipes ont également été sensibilisées à cet aspect, d'un point de vue plus pratique.

Le Système Informatisé de Données sur le Sida s'avère fonctionnel et productif. Il peut être adapté aux besoins de la nouvelle structure de promotion santé et fournir des informations sur les demandes de la population et l'offre des services.

Laurence Kohn, Michel Boutsen, Martine Barette, Danielle Piette, U.L.B. - PROMES

(suite de la page 6)

risque, grâce aux règles de l'hygiène moderne; lorsque le plaisir n'est pas sain, pour le corps du sujet comme pour le corps social, il est alors déclaré pathogène et combattu avec les innombrables armes de la prévention. C'est au nom de cette dernière que le plaisir tend à devenir médicalement incorrect et que nombre d'ivresses sont chapitrées par le DSM IV qui les tient pour troubles (euphémisme statistique de la maladie).

La santé normale, aujourd'hui, ça se mérite; dès le plus jeune âge, un entraînement rigoureux est de mise pour qui veut rester dans la course. Pour ne pas sombrer dans le triangle des maladies de civilisation, il faut être en mesure de surfer sur les autoroutes de la santé et éviter la crête de tous les dangers.

Comment dès lors tracer une tierce voie qui laisse un espace à la dialectique des pulsions individuelles et des contraintes collectives?

La santé normale, aujourd'hui, ça se mérite; dès le plus jeune âge, un entraînement rigoureux est de mise pour qui veut rester dans la course. Pour ne pas sombrer dans le triangle des maladies de civilisation, il faut être en mesure de surfer sur les autoroutes de la santé et éviter la crête de tous les dangers.

Serge Zombek, pour la Liaison Antiprohibitionniste

Ce texte a été publié dans le cadre d'un cycle de conférences organisé en 1997 par la Liaison Antiprohibitionniste. Adresse: rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles. Tél.: 02/230.45.07. ■

Une fois les données récoltées, il est possible, dans une certaine mesure, de calculer quelques-uns des indicateurs formulés par l'Agence ainsi que d'autres, formulés par Sidsida ou par les équipes et Sidsida suite à une réflexion commune.

La prise de risque

Une réflexion sur la notion de prise de risque a été menée par un des réseaux les plus développés, le réseau vigie "dépistage". Ce réseau utilise un questionnaire standardisé, inspiré du questionnaire utilisé par le centre ELISA.

La notion de risque définie par ce groupe de réflexion comprend les personnes qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes: elles sont bisexuelles, homosexuelles ou toxicomanes, elles estiment être soumises à un risque professionnel, elles se prostituent, elles ont contracté une MST ou elles ont eu au moins une relation avec un(e) prostitué(e), un(e) partenaire qu'elles suspectent séropositif(ve) ou séropositif(ve) confirmé(e), atteint(e) du sida ou toxicomane.

Parmi ces personnes, sont considérées comme réellement à risque celles qui n'utilisent jamais ou rarement un préservatif.

Par contre, ne sont pas considérés comme tels les individus qui viennent passer un test de dépistage sans risque particulier, dans le cadre d'une nouvelle relation. En effet, les représentants des équipes qui ont participé à cette définition du risque s'accordent à dire que dans ce cas, il s'agit d'une "remise à zéro des compteurs": on vient se faire dépister afin d'entamer sereinement une nouvelle relation.

Les résultats d'une première analyse concernant la prise de risque, basés sur des données de 1996 pour deux centres de dépistage, sont partiellement présentés dans la figure 2. Les centres qui nous ont fourni ces informations restent ici anonymes, car le but de Sidsida-vigie n'est aucunement de porter un jugement extérieur sur la qualité des services, à l'intérieur de chaque association ou centre de prévention du sida. Néanmoins, une rapide comparaison entre deux services offrant le même type d'activité permet une remise en question et une prise de recul et donc

d'avancer, de chercher à s'améliorer. Ce type d'évaluation, organisé par les équipes elles-mêmes, en collaboration avec Sidsida, pousse à la réflexion.

Comparaison de deux centres de dépistage en 1996

Nous pouvons constater à la lecture de ce graphique que le centre A atteint en majorité les plus de 25 ans tandis que le centre B touche plus particulièrement la tranche d'âge des 19-25 ans. Par ailleurs, ce dernier touche autant d'hommes que de femmes, ce qui n'est pas le cas du centre A qui lui, touche plus spécifiquement la population masculine.

Le centre A dépiste moins de personnes à risque qui ont des rapports sexuels non protégés. Par contre, il draine moins de demandeurs de test qui ont déjà eu recours à un test HIV.

A la vue de ces résultats, ces centres peuvent se pencher sur les statistiques démographiques de la population de leur province ou ville afin de voir dans quelle mesure la population touchée reflète la population générale ou la population qu'ils désirent cibler. Il est ainsi possible de constater si les différentes missions et publics sont atteints par les activités du centre et, si ce n'est pas le cas, d'envisager de nouveaux moyens de sensibilisation.

Dans une autre optique, le centre B devrait se demander pourquoi tant de personnes déjà dépistées une fois au moins reviennent pour un autre test. Dans le cas où ces personnes auraient passé leur premier test dans ce même centre, ces chiffres pourraient constituer un indicateur de qualité de l'information diffusée au sein du service. La question n'étant pas initialement posée via le questionnaire, il semble pertinent de l'y ajouter.

Seules les proportions concernant l'âge et le sexe reprises dans la figure 2 correspondent à des indicateurs définis par l'Agence. Rappelons à cet effet que Sidsida a pour mission de "pooler" les données. Le graphique ci-dessus ne reflète donc pas le type de données transmises à l'Agence de prévention du sida mais bien le type d'outil que nous pouvons fournir aux équipes, à leur demande ou à notre initiative.

Ce type de travail et de réflexion commune est principalement possible

grâce au rôle de coordination que tient le projet Sidsida. En effet, l'expérience a démontré qu'en l'absence de coordination de ce type, les équipes avaient tendance à ne pas se réunir spontanément, à modifier leur questionnaire sans se concerter, à ne plus utiliser leurs informations pour leur propre planification et, à la longue, à ne plus les encoder.

Le problème de l'encodage résulte du fait que les équipes travaillent dans un contexte de demande immédiate: encoder les données passe après les réponses aux demandes d'aide, de dépistage, d'information des individus s'adressant à l'équipe.

Dès lors, les questionnaires s'entassent... La présence d'une coordination se révèle productive dans le sens où Sidsida arrête des échecs et renvoie aux équipes le résultat du travail fourni. Celles-ci n'ont donc pas le temps d'être submergées et profitent du fruit de leur travail au moment de la rédaction de leur rapport d'activité, de l'établissement de leurs objectifs et de leurs politiques. Donc, même si une des vocations du projet est de rendre les équipes les plus autonomes possibles, notre présence reste indispensable et la coordination entre les différents membres de chaque réseau, essentielle.

Ajoutons qu'il est évident qu'un tel projet n'est opérationnel que si les intérêts des deux parties concernées, le niveau central et le niveau local, se rejoignent.

L'avenir de Sidsida

Nous n'avons présenté ici qu'une petite partie de ce qui a été réalisé. En réalité, Sidsida offre une formation continue, un soutien logistique, une référence sur les critères de qualité des données. Le projet assure une mission de coordination entre les différentes équipes d'un même réseau-vigie et, comme mentionné ci-dessus, tisse des liens entre les équipes de terrain et les planificateurs de programme et de politique.

Ce type d'approche "SID-vigie" est applicable à d'autres thèmes ou services de la prévention, de l'éducation et de la promotion santé, partout où la récolte de données de routine est possible et rejoint les préoccupations des acteurs de terrain et celles des planifi-

un ou plusieurs indicateurs qui traduiraient les effets d'un programme. L'exemple le plus flagrant est celui des cardiopathies ischémiques: d'une part on observe une réduction de la mortalité par cardiopathie ischémique depuis le début des années 70, mais l'incidence de l'infarctus du myocarde ne diminue pas significativement. Cela veut dire que les individus meurent moins de l'infarctus mais qu'ils en font toujours autant: la prise en charge précoce par les soins intensifs expliquant en grande partie l'écart entre ces deux indicateurs. En conséquence, il est nécessaire de piloter la promotion de la santé par un portefeuille d'indicateurs reflétant les divers niveaux de la problématique: la mortalité, la morbidité, les facteurs de risque, les facteurs sociaux de la santé, les comportements et les services en sont les principaux.

Un deuxième problème se présente: les indicateurs de mortalité-morbidité entrent en conflit avec la définition positive que la promotion de la santé s'efforce de mettre en avant et la décomposition d'une démarche en objectifs mesurables heurte de plein fouet sa démarche globale et intégrée⁹. Par exemple, en matière de tabagisme chez les jeunes, l'auto-prise en main de ces derniers peut, selon la méthodologie du changement émergent, apparaître plus importante que la prévalence de tabagisme en soi¹⁰. Le travail proposé ci-dessous s'efforce de tenir compte de cette définition positive de la santé lorsque des données sont disponibles (voir la section "jeunes", par exemple). Il faut toutefois reconnaître que la recherche sur les indicateurs de santé positive, comme le "sense of coherence" d'Antonovski, est récente¹¹.

Les objectifs

Le type d'objectifs

Plusieurs options sont ouvertes en cette matière. Une première méthode, celle utilisée par l'OMS dans "Health for All", consiste à fixer¹² des buts généraux reliés à des indicateurs plus ou moins libres sans toutefois fixer des objectifs quantifiables. Cette option est cohérente avec la vocation et la portée régionale de "Health For All", mais ne nous semble pas satisfaisante pour le pilotage d'une entité spécifique: la liste

des indicateurs n'est pas fermée, certains buts n'ont pas d'indicateurs et, surtout, il manque ce chaînon intermédiaire qu'est l'objectif.

La fixation d'objectifs disposant d'un indicateur unique est l'option choisie aux Etats-Unis par "Healthy People 2000"; ce travail pousse jusqu'à la confusion la relation entre objectifs et indicateurs, mais il rencontre bien une préoccupation de pilotage.

Le système de pilotage du Québec et celui de la France privilégient une option intermédiaire: ils formulent des objectifs, mais ces derniers sont reliés à plusieurs indicateurs. Le présent travail portant sur le pilotage en santé publique, la méthode choisie consiste à cibler des objectifs spécifiques plutôt que des buts généraux: à savoir des situations exprimées en termes de résultats, de facteurs ou de services et qui sont directement mesurables.

Dans la mesure du possible, les objectifs sont reliés aux indicateurs par une relation bijective (à tout objectif correspond un et un seul indicateur), afin d'éviter d'une part qu'un objectif soit sur-documenté par une panoplie d'indicateurs ce qui réduit la faisabilité du pilotage et, d'autre part, d'éviter des objectifs sans indicateur, ce qui n'est guère utile.

Pour être valable, un objectif doit remplir plusieurs conditions, parmi lesquelles¹³:

Réaliste: la cible est choisie en fonction de l'importance du problème, de sa vulnérabilité et de la faisabilité de l'action.

Compréhensible: les objectifs doivent être compréhensibles par une large audience.

Mesurable: il existe un ou plusieurs indicateurs valables pour suivre l'objectif, mais la qualité des données disponibles en routine ne doit pas freiner l'adoption d'un objectif.

Cohérent: les objectifs tiennent compte des buts généraux de la politique (par exemple des "Buts de la santé pour tous").

Appropriable: les objectifs reflètent l'état du secteur, c'est-à-dire les savoir-faire, les investissements et les préoccupations des acteurs.

La fixation d'une valeur cible à atteindre trouve sa raison d'être dans

tout processus de planification en promotion de la santé¹⁴. Les méthodes utilisées reposent le plus souvent sur l'articulation de plusieurs méthodes:

1. L'utilisation de valeurs-normes comme, par exemple, l'incidence de 10/100.000 en matière de tuberculose.

2. La comparaison avec des pays similaires: cette méthode suppose que les pays partagent des contraintes socio-sanitaires et des ressources similaires.

3. La projection de la tendance sur le futur.

L'horizon de temps est de 10 ans ce qui correspond aux choix faits dans Healthy People 2000, le Plan pour la Santé et le Bien-être (PSBE) et le rapport du Haut Comité français de la Santé Publique.

Les domaines du tableau de bord

Un domaine est constitué par l'ensemble des objectifs de résultats, de facteurs et de public cible qui épuisent au maximum la problématique de santé qui en est au centre. Toutefois, la pertinence d'un objectif peut déborder d'un domaine, ce qui peut justifier sa duplication. Le tabagisme est, par exemple, un objectif qui touche à quatre domaines: les affections cardio-vasculaires, les cancers, les jeunes et les affections chroniques. Nous avons donc choisi de suivre la méthode de Healthy People 2000 qui consis-

9 Harris, E. and Wise, M. (1996) Can goals and targets set a radical agenda? *Health Promotion International*, 11, 63-64.

10 Schoonbroodt, C. (1996) La prévention du tabagisme chez les jeunes: recherche et intervention. Université Catholique de Louvain.

11 Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* 36, 725-733.

12 Organisation Mondiale de la Santé (1993) Les buts de la santé pour tous: la politique de santé de l'Europe, Copenhague: OMS-Bureau Régionale de l'Europe, 254 p.

13 Tiré et adapté de Turckzyn, K. and Ryan, C. (1997) *Healthy People 2000 Midcourse Revisions: a compendium*. Statistical Notes from the Center for Disease Control and Prevention 1-14.

14 Green, L., W and Kreuter, M., W (1991) *Health Promotion planning: an educational and environmental approach*, Mayfield Publishing 2nd Edition.

te à dupliquer les objectifs, de manière à maintenir la cohérence de chaque domaine et celle de l'ensemble.

Les objectifs sont organisés par domaine. Ces derniers sont le produit de trois dimensions: les problèmes de santé, les groupes cibles et les services de santé. Nous nous sommes inspirés d'une part de la division adoptée dans Healthy People 2000 et d'autre part de celle de Promo-Santé 2000. Le choix de certains domaines a soulevé quelques questions qui sont discutées ici.

Les domaines du tableau de bord

1. Problèmes de Santé

- 1.1. Les affections cardio-vasculaires
- 1.2. Les cancers
- 1.3. Les accidents
- 1.4. Les maladies chroniques
- 1.5. La santé mentale et les assuétudes
- 1.6. Les maladies infectieuses
- 1.7. Les maladies respiratoires
- 1.8. La santé bucco-dentaire
- 1.9. Le bien-être social

2. Groupes cibles

- 2.1. La petite enfance
- 2.2. Les jeunes
- 2.3. La santé des travailleurs
- 2.4. Les personnes âgées

3. Services de Santé

- 3.1. Les vaccinations
- 3.2. L'éducation pour la santé
- 3.3. Le dépistage
- 3.4. La protection de la santé

Les modes de vie

Le lecteur s'étonnera peut être de l'absence d'un domaine "modes de vie", comme il apparaît dans Healthy People ou dans Promo-Santé 2000.

L'option choisie ici est, d'une part, de distribuer chacune des questions dans les divers problèmes de santé pertinents: le recrutement tabagique est ainsi inséré dans le domaine "cancer" et dans "les maladies cardio-vasculaires", de même que la consommation d'alcool. Le recrutement tabagique n'est un "problème" que parce qu'il a des répercussions importantes dans différents domaines de santé: cancer,

bronchites pulmonaires chroniques obstructives (BPCO), cardio-vasculaire. L'objectif n'est donc pas d'abord de diminuer le nombre de fumeurs, mais bien de réduire la morbidité et la mortalité de certaines pathologies en relation avec le nombre de fumeurs.

D'autre part, la question des assuétudes (alcool et drogue) a été intégrée dans le domaine de la santé mentale, étant donné que ce secteur d'activités est en première ligne dans le traitement de ces pathologies.

Les affections respiratoires

L'homogénéité du domaine "affections respiratoires" a soulevé quelques questions. Il constitue un groupe classique dans les tableaux de bord en promotion de la santé. Toutefois, les pathologies incluses dans ce domaine relèvent de problématiques très différentes: le cancer du poumon et les bronchites pulmonaires obstructives relèvent de la prévention tabagique; la tuberculose constitue une maladie infectieuse, elle approche de la prévalence plancher évoquée par l'OMS et ne fait en outre plus l'objet d'un dépistage systématique; la prévention des infections grippales, source importante de morbidité, relève d'une stratégie adéquate de vaccinations des personnes âgées. Nous avons toutefois décidé de maintenir ce domaine; une alternative consisterait à l'éclater dans la prévention tabagique, les services de santé (pour la vaccination) et les maladies infectieuses (tuberculose).

Le bien-être social

Les dimensions sociales de la santé ont été considérées dans le domaine intitulé "bien-être" social, suivant en cela les initiatives du Plan pour la Santé et le Bien-Etre du Québec. Ce choix obéit à la préoccupation de mieux mettre en évidence les relations entre les facteurs sociaux et la santé elle-même.

Les groupes d'âges

La division du tableau de bord en groupes cibles suivant la division par âge reflète la distribution de la santé en fonction des classes d'âges et de la spécificité des problèmes de santé d'un groupe à l'autre. Elle permet également de mieux mettre en évidence

les groupes auxquels la Communauté française de Belgique s'adresse en priorité: les enfants et les jeunes.

Les inégalités de santé

L'égalité en matière de santé est le premier but de la "Santé pour tous". Son opérationnalisation pose deux problèmes. D'une part l'inégalité est-elle une problématique trans-pathologie ou, au contraire, est-elle propre à certains problèmes de santé (par exemple, le tabagisme est plus élevé chez les ouvriers)? Les résultats (voir partie sur le bien-être social) montrent que l'inégalité sociale de la santé transcende une pathologie ou l'autre; en d'autres termes, les facteurs de risques cardio-vasculaires, par exemple, ne constituent qu'une faible partie de l'explication du gradient socio-économique. L'inégalité dans la distribution de la santé est donc un problème en soi. Toutefois, il est évident que le pilotage requiert une information précise et ventilée selon les problèmes de santé: quels sont les gradients en matière cardio-vasculaire, santé mentale, cancer,...

D'autre part, l'absence de données sur ce sujet restreignait jusqu'il y a peu les possibilités de pilotage en ce domaine. Le panel de démographie familiale et l'enquête de santé remédient à ce problème, respectivement depuis 1992 et 1997.

Nous avons donc choisi deux portes d'entrée: globale (bien-être social) et spécifique (pour chaque problème de santé) lorsque des données sont disponibles.

L'environnement

L'environnement est un facteur de santé reconnu. Nous ne l'avons toutefois pas traité ici, car la liaison avec les compétences de la Communauté française est relativement faible.

A titre d'exemple, nous avons sélectionné trois tableaux présentant les objectifs pour des populations spécifiques. Cela ne représente qu'une faible partie du travail de recherche mené. Pour ceux qui souhaiteraient d'autres informations concernant le tableau de bord réalisé, ils peuvent contacter le Sesa, Ecole de Santé publique de l'UCL, Tél.: 02/764.30.98.

Deliège Denise, Declercq Etienne, Lorant Vincent.

Prévention sida

Sidsida-vigie

L'apparition du sida et son expansion ont amené depuis longtemps les épidémiologistes à se pencher sur ce problème.

Depuis, quantité d'informations sont récoltées à propos des séroconversions et des séropositifs. Mais le problème du sida ne se limite pas à cela.

Des actions de prévention primaire sont menées, des dépistages sont pratiqués, des organismes diffusent des informations à ce sujet, des centres d'écoute téléphonique écoutent, conseillent, répondent aux questions de tout un chacun,...

Toutes ces activités sont en rapport plus ou moins direct avec la problématique du sida et concernent toute une partie de la population qui n'entre pas dans les statistiques classiques. Pourtant, les données qui ont trait à ces activités et à leur public sont également utiles, elles permettent de mieux cibler les actions au sens large, elles permettent aux organismes qui côtoient le sida de mieux adapter leur stratégie...

Les données

Il existe deux manières de récolter des données: les enquêtes spécifiques et ponctuelles ou la récolte de données en continu, appelées encore données de routine.

Les données de routine sont des informations accessibles au jour le jour par les acteurs de terrain. Par exemple, dans un cadre très général, lorsqu'un patient se présente à une consultation médicale, le médecin qui le reçoit a accès à un certain nombre de données de type socio-démographiques concernant cet individu: il peut rapidement et facilement connaître son sexe, son âge, sa profession.

Il a également accès à d'autres informations plus spécifiques à son activité de médecin: les raisons qui ont poussé ce patient à consulter, le type de demande qu'il formule, etc.

Si ces données sont consignées systématiquement, elles peuvent donner lieu soit à des analyses statistiques, soit à des analyses de contenu et ce, à intervalle de temps régulier. Elles peuvent donc s'avérer d'un grand intérêt pour tous si une utilisation correcte en est faite.

Sidsida-vigie

Sidsida-vigie ou Système Informatisé de Données sur le sida, existe depuis 1992. Ce projet a deux objectifs: aider les acteurs de terrain qui s'occupent de la problématique du sida à collecter les données de routine, les standardiser, les encoder et les analyser; analyser certaines de ces données pour la planification et l'évaluation au niveau centralisé.

Revenons à l'objectif principal: les équipes de terrain récoltent, ou sont potentiellement réceptrices de quantités d'informations qui ont trait à la prévention du sida. Cependant, elles n'ont pas forcément les outils pour exécuter ce travail de manière adéquate et pertinente et ne peuvent donc diffuser que des informations parcellaires. Sidsida leur fournit ces outils.

Concrètement, cela signifie que nous, l'équipe Sidsida et les participants au projet, créons ou retravaillons ensemble une fiche de récolte de données. Celle-ci est informatisée et un fichier d'analyse est mis au point, soit par Sidsida soit par les équipes de base.

Tout cela est possible grâce à la formation continue à l'utilisation du logiciel statistique et épidémiologique Epiinfo, dispensée par Sidsida.

En contrepartie de ce soutien logistique, les données des différents participants sont en partie transmises à Sidsida qui les agrège et renvoie une image globale de la situation à l'Agence de prévention du sida, sous forme d'indicateurs¹.

Ce projet se situe donc à un niveau intermédiaire et fait le lien entre les équipes de terrain et les responsables des programmes au niveau de la Communauté française.

Différents réseaux ont été peu à peu mis en place par Sidsida-vigie. On entend par réseau un groupe d'équipes travaillant sur un même aspect de la problématique de la prévention du sida. Il s'agit du dépistage, de l'écoute téléphonique, de la prostitution, et des réseaux-vigies "homosexuel", "toxicomanie" et "immigrés". Ces six réseaux visent à recouvrir les différents aspects et publics cibles de la prévention du sida. Pour le moment 19 équipes y collaborent.

Etant donné le fait que la récolte des

données doit totalement être intégrée au travail quotidien des participants au projet, le démarrage de ces réseaux a pris un certain temps, allant de quelques semaines à plusieurs mois. Certaines équipes commencent seulement à être intégrées dans l'un ou l'autre réseau et de nouveaux contacts se font progressivement.

Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Une série d'indicateurs a été formulée par l'Agence de prévention du sida.

Les indicateurs sont des outils qui peuvent servir à mesurer des besoins de santé, sélectionner des priorités d'action et évaluer des stratégies.

Pour ce faire, un indicateur doit répondre à des exigences de qualités: il doit pouvoir résumer des informations, être pertinent par rapport aux objectifs, sensible aux changements, fiable, valide par rapport au contenu du phénomène étudié, précis et, si possible, utilisable à peu de frais.

Sidsida-vigie rassemble les données permettant de répondre à différents types d'indicateurs: il s'agit d'indicateurs comportementaux, d'indicateurs qui mesurent les déterminants des comportements et enfin, d'indicateurs de services. Dans cette optique, il va de soi qu'à chaque population correspondent des indicateurs particuliers.

Figure 1: Exemples d'indicateurs:

- *Indicateur de comportement:*
Pourcentage de demandeurs de dépistage ayant eu des relations à risque non protégées
- *Indicateur de déterminants de comportement:*
Pourcentage de demandeurs de dépistage qui ont passé un test sans facteur de risque particulier
- *Indicateur de service:*
Pourcentage de redemandeurs de test dans un même centre qui ont eu des rapports non-protégés pour les centres de dépistage

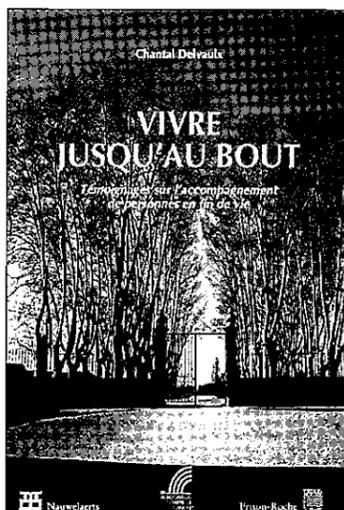
¹ Nous reviendrons par la suite sur ce concept d'indicateurs.

stable. Mais cela fait tout de même un mauvais point pour la Belgique puisqu'elle se place en 10e position mondiale des pays grands consommateurs de boissons alcoolisées.

Pour les médicaments, les chiffres de vente accusent une augmentation constante durant les 15 dernières années. On s'en serait douté...

Pour en savoir plus: C.C.A.D rue de Hal 43, 1190 Bruxelles, tél: 02/332.02.92, fax: 02/332.26.40 ■

Vivre jusqu'au bout



Personne n'a envie de mourir et rares sont les gens qui réfléchissent à leur mort. "Il sera toujours temps d'y penser le moment venu..." Et puis, un jour ils la rencontrent sur leur route, à travers le décès d'un proche, d'un ami ou d'un collègue. Ils sont bouleversés, anéantis, ils ont mal. La mort les terrifie, ils ne comprennent pas. Puis, ils s'efforcent de ne plus y penser, jusqu'au jour où elle vient à nouveau frapper à leur porte.

Et si pour mieux apprivoiser nos peurs, nous allions à la rencontre des hommes et des femmes ayant bénéficié d'un accompagnement lors de la mort d'un proche, si nous écoutions les médecins, les professionnels de la santé, les bénévoles témoigner de l'accompagnement des mourants.

Ils vous diront qu'une mort entourée est moins triste, qu'une douleur maî-

trisée fait moins peur, qu'une personne qui va mourir peut encore apprécier la vie et changer son regard sur le monde, qu'un départ préparé est plus facile à vivre pour la famille et que, lorsque la fin approche, il y a moyen de rester présent, de comprendre encore, d'être vivant... jusqu'au bout.

"Vivre jusqu'au bout" est riche d'informations sur les conceptions de soins et la pratique sur le terrain. Livre plein de tendresse et d'émotion aussi, où chaque rencontre se lit comme une histoire, une histoire de fin de vie.

Il donne un aperçu de la culture palliative chez nous et il est judicieusement complété par toutes les adresses des associations belges francophones de soins palliatifs

"Vivre jusqu'au bout. Témoignages sur l'accompagnement des personnes en fin de vie" par Chantal Delvaux, paru chez Nauwelaerts, 590 F.

En librairie ou à commander chez l'éditeur (frais de port gratuit), au tél: 010/86.67.37 ou fax: 010/86.16.55. ■

Etre mort, c'est encore être

Il y a deux ans, Christian Bobin annonçait à une amie qu'il allait lui consacrer son prochain livre, à elle, à sa joie de vivre, à son caractère si entier, à sa capacité à aimer.

Fini pour lui d'en vouloir à la jeune femme qui lui paraissait être prête à épouser la terre entière sauf lui ! Deux ans plus tard, il a honoré, et deux fois plutôt qu'une, sa promesse. Foudroyé par la mort inattendue de la jeune femme, il donne "La plus-que-vive" et "Autoportrait au radiateur". Il s'agit d'un journal tenu de Pâques 96 à Pâques 97. L'auteur y a la solitude pour compagne, et des fleurs aussi, fasciné qu'il est par les jeux de la lumière sur elles, par leur métamorphose au fil des jours.

Là, Bobin, découragé, se trouve raggaillard par la "simple" vision d'une araignée toute occupée à la construction de sa toile, à "sa gymnastique matinale".

Ailleurs, il tire de l'énergie des moments passés avec les enfants de Ghislaine. Ailleurs encore, il n'y a plus que des questions: "Pourquoi avez-

vous inventé la mort, pourquoi avez-vous laissé venir une telle chose, elle est si douce la vie sur terre, il faudra que votre paradis soit éblouissant pour que le manque de cette vie terrestre ne s'y fasse pas sentir, il faudra que vous ayez du génie pour me donner une joie aussi pure que celle de l'air frais d'une matinée d'avril, oui il faudra que vous ayez beaucoup de talent donc d'amour pour que, dans votre paradis, aucune nostalgie ne vienne de cette vie-là, blessée, petite, muette."

A lire absolument ce journal écrit dans une maison où les radiateurs ne chauffent plus, mais où l'eau, à l'intérieur, murmure, chante. Une image symbole qui illustre bien l'esprit du livre.

VJ

Autoportrait au radiateur, par Christian Bobin, chez Gallimard ■

Peut-on tomber malade après un deuil ?

La première partie du livre reprend une série de thèmes qui tournent autour du deuil : qu'est-ce que le deuil, le deuil normal et les complications possibles, qu'entend-on par deuils psychiatriques, quels sont les effets secondaires du deuil sur la santé et quelle est la prévention possible dans les cas de complications du deuil ?

La deuxième partie du livre est consacrée à des portraits d'endeuillés: un conjoint, des parents, un enfant ou un adolescent en deuil.

La troisième partie reprend des grands thèmes comme l'annonce d'un diagnostic mortel, les deuils du médecin et de l'équipe soignante. L'ouvrage se termine par les urgences du deuil dans les catastrophes humaines ou naturelles. On y trouve également le "Questionnaire d'hétéro-évaluation pour le suivi de deuil" élaboré par le St Christopher's Hospice qui peut être un outil intéressant pour les soignants. Ce questionnaire permet d'évaluer le risque potentiel de complications du deuil.

Marie-Frédérique Bacqué, "Deuil et Santé", Editions Odile Jacob, 1997, 208 pages, 125 FF. ■

La périnatalité et la petite enfance

n°	Objectif	Valeur	Cible	Tendance récente ou appréciation
1.1	Mortalité infantile (décès pour 1000 naissances vivantes).	9.3	6	Diminution régulière ralentie idem
1.2	Mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances vivantes).	5.1	4	Stable depuis 1980
1.3	Mortalité postnéonatale (décès pour 1000 naissances vivantes).	4.3	2.4	Diminution régulière
1.4	Mortalité périnatale (décès pour 1000 naissances) ¹⁵	9.8	7	Série insuffisante
1.5	Tabagisme chez les femmes enceintes (% des naissances)	18.8	10	Série insuffisante
1.6	Allaitement maternel à la maternité (% des naissances)	65.7	75	Série insuffisante
1.7	Durée de l'allaitement maternel exclusif (médiane en semaines)	3.8	8	Série insuffisante
1.8	Durée de l'allaitement maternel (médiane en semaines)	6.5	12	Série insuffisante
1.9	Premier examen prénatal avant 16 semaines de grossesse (% de grossesses).	90	95	Série insuffisante
1.10	Couverture vaccinale diphtérie-tétanos-coqueluche chez les enfants de moins de 24 mois (%).	74.1	85	Augmentation
1.11	Couverture vaccinale rougeole-rubéole-oreillons (%).	70.2	85	Augmentation
1.12	Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les enfants de moins de 24 mois (%).	PROVAC ¹⁶	85	Inconnu
1.13	Couverture vaccinale contre l'Haemophilus Influenzae de type B chez les moins de 24 mois (%).	20.2	85	Série insuffisante

SOURCES

Objectifs	Source	Année
1.1-1.4	ISP-SPMAINF	1991
1.5-1.6	ONE	1995
1.7	ONE	1982
1.8	ONE	1988
1.9	ONE	1988
1.10-1.13	PROVAC	1993

¹⁵ La mortalité périnatale est le rapport entre la somme des décès de produits de conception d'au moins 500 gr ou ayant une durée de gestation de 22 semaines et le nombre total de naissances vivantes et mortes.

¹⁶ A produire par PROVAC.

La santé des jeunes

n°	Objectif	Valeur	Cible	Tendance récente
2.1	Décès et blessés graves par accident de la circulation chez les 15-24 ans (nbre/100.000 jeunes)	350	250	Baisse régulière
2.2	Suicide chez les jeunes de 15-24 ans (taux pour 100.000).	10	5	Stable
2.3	Jeunes de 15 ans fumant régulièrement (%).	22	15	Stable
2.4	Surpondération chez les jeunes de 12 à 19 ans (%).	20%	TDS ¹⁷	Augmentation régulière
2.5	Consommation régulière d'alcool chez les 13-17 ans (%).	34	29	Incertaine
2.6	Consommation régulière de drogues chez les 13-17 ans (%).	11	1	Augmentation
2.7	Port de la ceinture de sécurité chez les 13-17 ans (%).	67	80	Stable
2.8	Sentiment de bien-être chez les jeunes de 13-17 ans (%).	85	90	Série insuffisante
2.9	Prévalence de dépression chez les jeunes de 16-24 ans (%).	16	TDS ¹⁷	Série insuffisante
2.10	Bien-être social des jeunes de 13-17 ans (%).	85	Amélioration significative	Série insuffisante
2.11	Retard scolaire chez les jeunes de troisième année du secondaire (%).	57	45	Stable
2.12	Jeunes de 13-17 ans déclarant aimer l'école (%).	58	60	Stable

SOURCES

Objectifs	Source	Année
2.1	INS	1994
2.2	ISP-SPMA	1994
2.3, 2.5-2.8	PROMES	1994
2.4	CRS in INFOSANTE	1990

Objectifs	Source	Année
2.9	PSBH	1994
2.10, 2.12	PROMES	1994
2.11	CFB	1994

¹⁷ TDS: Toute Diminution significative

Les personnes âgées

n°	Objectif	Valeur	Cible	Tendance récente
3.1	Incidence de la fracture du col fémoral chez les 70 ans et + (nbre).	11 252		Stable
3.2	Mortalité liée aux chutes chez les 65 et + (taux SPE pour 100.000).	76	40	Stable
3.3	Accidents par chute chez les 65 + par rapport au taux chez les moins de 65 ans.	1.72	1.4	Stable
3.4	Population de 65 et + dépendante (en % de la population de 65 et +) ¹⁸ .	3.9%	3.9%	Inconnu
3.5	Couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans et +.	HIS ¹⁹	60%	Inconnu

SOURCES

Objectifs	Source	Année
3.1	RCM-DRG	1991
3.2	ISP-SPMA	1994
3.3	EHLASS	1994
3.4	INAMI	1995
3.5	HIS	

¹⁸ La population dépendante est estimée à partir du nombre de forfait journalier de type A,B,C en MRPA et MRS.

¹⁹ Données à produire par HIS

Plaisirs sous haute surveillance médicale

Certains comportements susceptibles de procurer quelque "plaisir" ont un jour été déclarés dangereux pour la santé, déclaration aujourd'hui entretenue par la médecine moderne à l'aide de ses prescriptions et directives diverses.

Mais depuis quand, pourquoi et par quel mécanisme cette tendance s'est-elle développée?

Ces questions intéressent considérablement la Liaison Antiprohibitionniste. Cette préoccupation découle bien de cette autre question qui obsède de manière fondamentale la Liaison concernant la problématique des drogues: comment et à quel moment les médecins se sont-ils emparés de cette question des drogues et ont ainsi succédé aux ligues de tempérance lesquelles avaient identifié certains psychotropes au Mal qui rongait la société en même temps que ses fondements moraux?

Actuelles

Si l'on se réfère à cet adage à présent célèbre: "La drogue n'est pas interdite parce qu'elle est dangereuse, elle est (devenue) dangereuse parce qu'elle (a été) interdite", on conviendra certainement qu'aujourd'hui les médecins et leurs collègues psy occupent une place privilégiée (politiquement correcte) pour "décréter, normer, évaluer"... en matière non seulement de consommation des drogues, mais d'un certain nombre d'autres "consommations" (on est foutu, on mange trop!).

La santé étant progressivement devenue - s'agit-il là d'un véritable progrès? - un droit puis un devoir, la gent médicale a développé au fil des années, sans grande conscience à vrai dire de cette évolution, une prétention à savoir (et à décider de) ce qu'il convenait de promouvoir ou de bannir dans nos styles de vie. Les bons docteurs sont devenus, au fil des saisons, les stylistes de nos modes de vie, organisant le monopole du "prêt-à-se-bien-porter" pour le plus grand nombre.

Toujours en quête de nouveaux marchés, la médecine a diversifié et délocalisé ses activités vers des contrées autrefois laissées au bons sens et aux

traditions séculaires; elle a investi la norme et la scrute sous toutes ses coutures; elle a fini par décréter que la norme elle-même doit être mise en observation; bref, ne se satisfaisant plus du seul marché constitué par ces "usagers" pathologiques qui souffrent dans les marges de la normalité, la médecine, insatiable, s'est littéralement "attaquée" à la santé.

Historiques

Mais si aujourd'hui l'on se sent de plus en plus autorisé à poser une question d'une particulière actualité: "A qui profite le crime?", on ne prend pas assez de temps et de profondeur de champ à examiner les origines de ce mouvement qui veut que les experts de la science positive se soient emparés des moindres intimités de nos quotidiens. Qu'y avait-il au commencement de la construction de cet ordre hygiénique; quelle est la genèse de cette évolution? Intuitivement, on peut soutenir qu'au commencement, il y avait Dieu; à son déclin, les philosophes des Lumières ont proposé à une humanité en manque de certitudes un traitement de substitution à savoir l'association de bienfaiteurs, éminemment thérapeutique, que constituent les Sciences et l'Etat moderne; enfin, les crises successives de l'Etat semblent avoir laissé quelques dogmes, les soft-dogmes, remplir à loisir les rayons vides du supermarché des valeurs.

Ainsi pourrions - nous égrainer le chapelet des valeurs présentes et passées: Dieu, le Bien, le Mal, l'arbre de la Connaissance et du Doute, la Tentation et la Tempérance, le Cogito ergo sum, la Morale, l'Éthique, le Contrat Social et le Bien Public, le Bon Usage et les Ligues de Tempérance, la Science du Normal et du Pathologique, le Pater Noster et le Paternalisme du décideur-docteur envers le citoyen-patient.

Si l'Inquisition, dans ses outrances face à un Dieu finissant, appelait la critique des Lumières, il est grand temps aujourd'hui de pousser au plus loin la critique de l'inquisition médicale en pleine expansion.

L'on a dit souvent que le médecin et le psy en leur singulier cabinet avaient

progressivement remplacé les prêtres et leurs confessionnaux; il faut se rendre à l'évidence qu'en ce qui concerne les prescriptions, les blouses blanches se sont substituées aux soutanes pour indiquer les moyens de sauvegarder leur patrimoine terrestre depuis que, pour beaucoup d'hommes et de femmes, le paradis n'évoque plus le moindre intérêt; "croire ou ne pas croire" n'est plus la vraie question; "en quoi croire", telle est l'étrange inquiétude par rapport à laquelle s'organise le marché de la santé triomphante.

Dieu est mort, vive Moi et mon entraîneur

Autrefois les malheurs survenaient de l'extérieur, par la volonté divine, diabolique ou les âmes des ancêtres courroucés. Dieu nous punissait des fautes que nous avions commises. Ensuite, l'Etat s'est chargé de protéger et contrôler cités et campagnes par la mise en oeuvre d'une "science pour tous" qui devait tout maîtriser.

Mais aujourd'hui, en outre en ces temps de grandes économies, la crise de l'Etat Providence exacerbe la responsabilité personnelle au nom du "Ta santé, c'est notre intérêt", annulant ainsi toute possibilité de choix. Le sujet orphelin se trouve alors seul en mesure d'expliquer ses heurs et malheurs et sans autres repères que ceux qu'il peut prétendre obtenir au prix fort, celui des plus spectaculaires performances individuelles.

La science médicale est ainsi devenue, au crépuscule des idéologies, une entraîneuse d'un cabaret où l'homme se contemple dans l'extase d'un corps sain dans une pensée unique.

Les traditions avaient jusqu'ici réglé la promotion du bien-vivre avec cette part d'arbitraire qui incarne bien le caractère illusoire de toute maîtrise; à ce jour, une certaine médecine prétend organiser une guidance rationnelle du quotidien décrétant que certaines pulsions sont limites.

Le plaisir avait le seul vice pour antithèse; aujourd'hui, il est stérilisé, aseptisé, autorisé, sans plus le moindre

(suite en page 27)

Pour ceux qui aiment les chiffres...

Le Centre de recherche opérationnelle en santé publique (CROSP) a sorti les "Statistiques de décès en Communauté française de 1989 à 1991". Nous savons tous que la Belgique est à la traîne en ce qui concerne les études statistiques, mais on peut comprendre son manque d'empressement dans ce domaine précis dans la mesure où personne n'est vraiment pressé de savoir quel type de mort il risque de rencontrer sur sa route!

En feuilletant tous ces tableaux, j'ai été frappée par l'intitulé du chapitre consacré aux "Années potentielles de vie perdues" (APVP), avec le désir légitime d'apprendre le secret qui me permettra de gagner au contraire quelques années de vie.

Nous y apprenons que dans la population active masculine de 15 à 64 ans, les principales causes de décès en Wallonie sont (en nombre d'années perdues pour 100.000 personnes-années) les accidents de la circulation (1316), les maladies cardiaques ischémiques (875), les cancers du poumon et de la trachée (576) et les suicides (452).

Pour les femmes, nous trouvons le cancer du sein en première position (349), également les accidents de la circulation en seconde position (324), ensuite les suicides (300) et les pathologies cérébro-vasculaires (126).

Cette technique des APVP permet de mettre en évidence des causes de décès survenant relativement tôt dans la vie. Cela explique le fait que les accidents de la route apparaissent nettement en rang 1 pour les hommes jeunes et les suicides en rang 2. Chez les femmes jeunes le cancer du sein constitue la première cause de décès suivi de près par les accidents de la circulation. Quand je parlais de rencontrer la mort sur sa route, je ne croyais pas si bien dire!

A vous, promoteurs de la santé, d'exploiter au mieux ces données chiffrées, et toutes les autres non reprises ici, pour établir vos priorités...

Le cancer du poumon, un tueur efficace

Le cancer du poumon apparaît comme un problème majeur de santé pu-

blique à l'aube de l'an 2000. Et rien ne semble montrer que l'épidémie diminuera de manière appréciable dans un proche futur.

Chez les femmes au contraire, certains signes permettent de suspecter que l'épidémie vient juste de commencer. En effet, les taux de mortalité chez les femmes dans le monde occidental ont augmenté et il ne faut pas s'attendre à une modération de cette tendance car elle est renforcée par l'évolution du tabagisme chez les femmes et les jeunes en particulier.

Chez les hommes, l'épidémie a atteint un sommet, les taux de mortalité observés pour les années 90 semblent même être à la baisse. Ce résultat a été obtenu grâce à la diminution du pourcentage de fumeurs.

En ce qui concerne le tabac, il est capital de surveiller d'assez près les tendances en matière de consommation chez les jeunes, car ces dernières constituent une bonne base pour prévoir l'évolution de l'incidence et de la mortalité du cancer du poumon dans le futur. Les variations du taux de mortalité chez les jeunes adultes (35 - 44 ans) sont en effet très sensibles à des changements durant les deux dernières décennies du nombre de fumeurs chez les adolescents.

D'après les auteurs du rapport on peut aussi craindre une nouvelle augmentation de la mortalité à cause des jeunes, qui se remettent à fumer en plus grand nombre. Ainsi, une étude récente a montré qu'en Flandre les adolescents de 15-16 ans fumaient plus en 1994 qu'en 1990, leur nombre passant de 45% à 52%. Pour les garçons, le nombre est passé de 49% à 61%.

C.D.

"Statistiques de décès en Communauté française de 1989 à 1991", 1997, 236p.

"Modèle âge, période, cohorte: évolution de la mortalité due au cancer du poumon, Belgique 1971-1990" par S. Driessens, J. Tafforeau, H. Van Oyen, P. Quataert, 1997, 44p.

Deux documents du Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles. ■

Les assuétudes en Communauté française

Le 3^e rapport du Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (C.C.A.D.) vient de sortir. Il vous donne une photographie la plus précise possible de la situation pour les années 1993 à 1996, grâce à des données statistiques détaillées sur l'alcool, les médicaments et les drogues illégales, et aussi grâce à des enquêtes de population et à une analyse des contacts avec les services de soins et d'accueil. Il est complété par une série de recherches et d'évaluations en prévention dans le domaine de la drogue.

La mise en place en 1990 de la Commission de Coordination Intercommunautaire a permis, pour la première fois, de faire le point sur les données épidémiologiques disponibles en Belgique dans le but de promouvoir leur recueil harmonisé et de les rendre utilisables par les services de prévention.

L'enregistrement systématique de l'indicateur "1^{ère} demande et demandes de soins" a tout particulièrement retenu l'attention du C.C.A.D.

Cet indicateur fait en effet l'objet d'un monitoring permanent depuis 1993, qui va de pair avec une amélioration progressive de la couverture. Aujourd'hui 32 services participent à cet enregistrement contre 25 en 1993.

En ce qui concerne les innovations, vous trouverez dans ce rapport des résultats de travaux de recherches en matière de prévention et d'évaluation de programmes développés en Communauté française ces dernières années. Ces informations seront de nature à intéresser les intervenants de terrain et les aideront à orienter leur travail de prévention et d'accueil des personnes présentant des problèmes à l'égard des drogues.

Pour votre curiosité

Il faut savoir que la consommation moyenne d'alcool décroît lentement depuis 1988: la consommation moyenne de bière diminue, celle du vin progresse, celle des spiritueux est relativement

La Ligue en quelques phrases

La Ligue wallonne pour la santé mentale cherche à promouvoir la santé mentale en favorisant la mise sur pied d'une politique globale de santé mentale et la coordination des acteurs sur le terrain.

La régionalisation de certaines matières en santé mentale renforce le partenariat entre différentes structures du secteur psycho-médico-social et socio-culturel en Région wallonne. La Ligue wallonne y développe son action en interaction avec les acteurs du terrain et les mandataires politiques.

En association avec son homologue bruxelloise, au sein de la Confédération francophone des ligues de santé mentale, elle est aussi un partenaire sur le plan fédéral et communautaire.

En tant qu'organisme de promotion de la santé mentale, la Ligue travaille avec les acteurs de ce secteur, qu'elle associe sur base d'une charte.

Elle offre aux professionnels un lieu de réflexion et de rencontre pluraliste, multidisciplinaire et se veut un carrefour d'expériences.

Elle met à leur disposition différentes cellules d'activités et offre des espaces de rencontre:

- un espace de "réflexion et d'action": journées d'étude, commissions sur des thématiques précises, groupes de travail, séminaires...
- un espace d'"information": un périodique bimestriel "Recto-Verso", un centre de documentation Psychendoc, une vidéothèque...
- un espace de "recherche": via un service d'études qui mène des recherches spécifiques sur le territoire wallon...

Elle soutient et favorise toute forme de collaboration entre les intervenants psycho-médico-sociaux confrontés de près ou de loin à la souffrance psychique. Soucieuse d'améliorer la santé mentale de la population, elle souhaite faire entendre les différents points de vue et les préoccupations issus des débats et des réflexions du terrain.

rieux, nous pouvons vous révéler que dans le numéro 3, vous trouverez un texte "Pratiques sociales, travail communautaire et promotion de la santé mentale", "Le nouveau décret de promotion de la santé" (un must évidemment), une réflexion sur le secret professionnel et la justice, et différentes rubriques toutes plus captivantes les unes que les autres.

Un encart reprend un calendrier des activités des autres associations. Une mine d'informations et un agenda sans faille.

Par ailleurs la même Ligue publie une brochure: "Le service de santé mentale, un partenaire dans votre région" qui est un vade-mecum à l'usage des intervenants psycho-médico-sociaux. On y décrit l'histoire et la philosophie du service de santé mentale, on y parle de son équipe pluridisciplinaire, de ses missions, de la diversité de ses pratiques et des questions de terrain que ce travail sous-tend: quand, qui, où, comment et à quel prix? Vous y trouverez également la liste de tous les services de santé mentale en Wallonie, ainsi que le décret du 4 avril 1996 organisant l'agrément et le subventionnement des services de santé mentale et l'arrêt du Gouvernement wallon portant exécution du décret.

Avec ces deux documents en poche, vous serez certains d'être un travailleur psycho-médico-social hyperdocumenté, bien briefé, et en pleine possession de l'actualité de son sujet!

Le bimestriel "Trans-faire" et la brochure "Le Service de santé mentale" sont disponibles à la Ligue wallonne pour la santé mentale, bd du Nord 7, 5000 Namur; tél: 081/22.21.26. Fax: 081/22.52.64. ■

Un nouveau-né

Enfin pas tout à fait puisqu'il s'agit du nouveau look du "Journal de votre enfant". Des textes, des pavés informatifs bien mis en couleur, des rubriques "A lire" toujours utiles, des témoignages qui illustrent de manière vivante les réactions des parents, des conseils joliment mis en valeur par des points d'exclamation en relief. De belles photos, une mise en page dynamique et des couleurs très soute-

nues. Beaucoup de publicités mais agréablement présentées, en pleine page et hautes en couleurs. Une petite critique: il faut une loupe pour lire les adresses (vraiment) utiles à la fin du document.

Les maternités distribuent gratuitement le premier numéro à toutes les jeunes mères dans un colis cadeau. Pour s'abonner, il suffit de remplir et renvoyer la carte au centre de ce numéro. Le prix de l'abonnement est de 1000 F pour 24 numéros (gratuit pour les membres de la Ligue des Familles).

"Le journal de votre enfant", un périodique personnalisé, rue du Trône 127, 1050 Bruxelles, tél: 02/507.72.11. ■

Prévenir les maladies cardio-vasculaires

Un guide pour dévoiler les connaissances de base sur les cardiopathies. Ce petit bouquin de référence, très simple et complet, s'adresse aux personnes qui ont déjà une pathologie ou qui craignent d'en développer une.

Dans un premier temps il explique brièvement les principales maladies cardio-vasculaires, des plus simples aux plus sévères. Il donne ensuite un aperçu des facteurs de risque et des moyens de prévention à mettre en place, avec un chapitre spécial consacré à l'exercice physique. Enfin, il termine par les médicaments et les traitements chirurgicaux.

De nombreux tableaux rendent cette matière accessible. Des tests permettent de se situer dans l'échelle des risques: test de comportement, d'évaluation du stress, de dépendance comportementale et psychologique, de dépendance physique à la nicotine. Un régime sans sel, des idées de menu, un lexique et un index, portes d'entrée précieuses, complètent ce petit guide.

"Prévenir les maladies cardio-vasculaires" de Gérard Dubois et Emilio La Rosa, éd. Hermann, coll "Ouverture médicale", 128 pages, 1997. ■

Initiatives

Médias et promotion de la santé: je t'aime, moi non plus?

Les intervenants en promotion de la santé attendent parfois des médias qu'ils répercutent complaisamment leurs messages éducatifs, et sont frustrés de constater que la médecine-spectacle fait plus recette que la santé au quotidien.

Les journalistes quant à eux peuvent regretter de la part de leurs informateurs santé un manque de considération pour leurs contraintes de travail.

De quoi déboucher sur de solides malentendus!

D'où le titre très Gainsbourg de la rencontre-débat organisée le 24 mars dernier au Théâtre Le Vaudeville de Charleroi par Carolo Cardio Santé et le Festival International du Film Social de Charleroi.

Le principal mérite de cette rencontre, arbitrée par Philippe Mouchet (Question Santé), a été précisément de permettre aux uns et aux autres de se parler, et surtout de s'écouter mutuellement.

Le panel était composé de trois groupes.

Deux professionnels de la promotion de la santé, les docteurs Luc Berghmans (Observatoire de Santé du Hainaut) et Fanny Hoeffelman (Carolo Cardio Santé), ont rappelé que la philosophie même de la promotion de la santé est d'impliquer le plus grand nombre de personnes possibles, populations, professionnels, décideurs politiques, etc., et qu'un programme qui a vocation de mobiliser les habitants d'une grande ville comme Charleroi a besoin de s'appuyer sur des relais nombreux, dont la presse.

Deux journalistes, Marcelle Termolle (RTBF) et Chantal Naassens (Sudpresse) ont souligné l'intérêt du grand public pour les sujets santé, mais aussi la difficulté pour les 'médiateurs de savoir' de traduire les données fournies par les experts en termes accessibles pour le grand public. La seconde a aussi partagé avec la salle son

questionnement déontologique sur les objectifs et le sens d'une information sur la santé, sur l'engagement dans la prévention, qui peut aller plus loin que la simple transmission de savoirs.

Trois 'experts-praticiens' ont poussé le débat un peu plus loin. Ainsi, Thierry De Smedt (Département de communication sociale de l'UCL) a rappelé comme d'autres les effets d'une marchandisation de la presse et des médias en général, dont l'évaluation porte plus sur la quantité de contacts (audimétrie) que sur la qualité du regard du lecteur ou du spectateur.

Faisant allusion à la possibilité offerte aux campagnes de promotion de la santé de bénéficier d'espaces gratuits dans les écrans publicitaires des télévisions francophones (en compensation des publicités pour l'alcool et les médicaments), il a précisé utilement que cela pouvait être un cadeau empoisonné, car les statuts d'un spot publicitaire incitant à l'achat d'un produit et celui d'un message éducatif n'ont rien de comparable. A vouloir singer la communication publicitaire dans ce qu'elle a parfois de bêtement euphorique, la promotion de la santé perd de sa pertinence et de sa crédibilité.

Jacqueline de Grandmaison (Viva Magazine, Marseille) soulignait de son côté ce devoir élémentaire du journaliste, qui est de recouper ses informations: même si un message émanant d'autorités scientifiques semble à première vue inattaquable, l'informateur sérieux a intérêt à valider l'information avant de la diffuser.

Enfin, Thierry Poucet, observateur toujours lucide des récits et des mythes auxquels la santé donne corps, nous fit une petite démonstration de la manière dont les médias peuvent renforcer un comportement préventif là où il est déjà largement intégré, en oubliant les situations où un effort de communication et d'adaptation du comportement des usagers devrait être fait. Une leçon édifiante!

Devant ce bombardement d'échanges et d'idées, le public n'a guère eu l'occasion de jouer dans la pièce. C'est un peu dommage, et certains s'en désolaient en catimini. Peut-être y aura-t-il prochainement un second acte?

Christian De Bock ■

Tabac: les faits

Le tabac a fait 18 600 morts en Belgique en 1992

Il était admis jusqu'ici que le tabagisme causait 15 100 morts par an en Belgique. Cette évaluation faite par le Professeur Peto de l'Université d'Oxford et le Docteur Lopez de l'Organisation mondiale de la santé s'appuyait sur les statistiques belges de mortalité de 1987 et établissait une projection pour l'année 1995.

L'évaluation faite aujourd'hui par les mêmes auteurs ne s'appuie plus sur des projections, mais sur les derniers chiffres disponibles sur la mortalité en Belgique. Selon ces données, il y a eu en 1992 18 600 morts causées par les conséquences du tabagisme, dont 8400 par cancer, 4600 par maladies cardiaques et 3300 par affections respiratoires.

La mortalité imputable aux conséquences du tabagisme concerne 16 600 hommes et 2000 femmes. Elle a évolué suivant les changements de comportement intervenus au cours des 15 dernières années en matière de comportement tabagique: elle a diminué chez les hommes d'âge moyen alors qu'elle a légèrement augmenté chez les femmes.

Le tabagisme est, de loin, la cause de mortalité la plus importante en Belgique. Sur 104 200 morts recensées en 1992, 18 600 étaient dues au tabagisme, soit quatre fois plus que le nombre total de morts imputables au suicide (1878), aux accidents de la circulation (1623), au sida (171), aux meurtres (168), aux empoisonnements (115), aux incendies (103) et aux accidents d'avion (10).

La remarquable réussite de Marlboro et L&M

Le pourcentage de fumeurs journaliers était de 26% en novembre 1997, en baisse par rapport à 1996 où ce pourcentage se situait à 30%. Les chiffres de vente des cigarettes montrent pourtant une évolution contraire. En 1997, à l'intérieur de l'Union économique belgo-luxembourgeoise, il a été vendu 765 millions de cigarettes de plus qu'en 1996: soit 16 741 millions de ci-

garetttes en 1997 contre 15 976 millions en 1996.

L'enquête menée par le CRIOC sur les comportements tabagiques comportait des questions sur les marques consommées. Marlboro est la marque la plus populaire chez les fumeurs de cigarettes: 28%, suivie par L&M: 16% et Belga: 15%.

80% des jeunes fumeurs âgés de 15 à 24 ans consomment des cigarettes Marlboro ou L&M. Le succès de L&M est surtout remarquable parce que cette marque a acquis sa reconnaissance grâce à la publicité indirecte, par le biais de la musique, des jeans et en parrainant des festivals pour jeunes. Belga, qui, dans les années quatre-vingt était le leader du marché perd de plus en plus de terrain et est à peine fumé par les jeunes.

Les effets de l'interdiction de la publicité

Selon la loi du 10 décembre 1997, publicité et parrainage pour des produits du tabac seront totalement interdits à partir du 1er janvier 1999.

Une loi semblable est en vigueur en France depuis le 1er janvier 1993. Au cours de la période 1992-1997, les ventes de cigarettes ont baissé en France, passant de 96,3 milliards à 83 milliards. La loi française interdit aussi le parrainage par des produits du tabac. C'est ainsi que le 28 juin 1998 sera organisé pour la sixième fois à Magny-Cours le Grand Prix de France de Formule 1 sans publicité pour le tabac.

Les moyens financiers alloués pour sensibiliser la population sont insuffisants, dans le Nord comme dans le Sud du pays. Les revenus fiscaux du tabac se montent à plus de 5000 francs par an et par habitant, alors que les dépenses pour la prévention en matière de tabagisme atteignent à peine 1 franc ou 2 (les dépenses pour les associations qui assurent la coordination de la prévention du tabagisme dans la Communauté flamande et dans la Communauté française s'élevaient respectivement à 2,5 et à 3,6 millions de francs l'an dernier).

En 1998, le secteur de l'éducation à la santé a été réorganisé dans les deux communautés sans que cela conduise jusqu'à présent à davantage de

moyens pour la coordination de la prévention du tabagisme.

L'enquête CRIOC-SOBEMAP de 1997

Au cours des 15 dernières années, le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) a enquêté chaque année auprès de 2000 personnes.

Entre 1982 et 1993, le pourcentage de personnes fumant quotidiennement a diminué de 40 à 25% mais il a augmenté jusqu'à 30% en 1996.

Une nouvelle étude du CRIOC, réalisée en novembre 1997 et basée sur une enquête effectuée par la Sobemap auprès de 2009 personnes (de 15 ans et plus), démontre qu'il y avait, à ce moment-là, 26% de personnes fumant quotidiennement.

En 1997, 4% des personnes interrogées ont déclaré fumer de temps en temps et 70% sont des non-fumeurs.

La répartition par région donne, en 1997, 25% de fumeurs quotidiens en Flandre, 26% à Bruxelles et 27% en Wallonie.

Tableau 1 - Pourcentages des fumeurs réguliers/quotidiens en Belgique (18 ans et plus)

	Hommes	Femmes	Total
1982	53%	28%	40%
1983	47%	27%	37%
1984	47%	26%	36%
1985	45%	27%	35%
1986	46%	26%	35%
1987	42%	26%	32%
1988	42%	24%	32%
1989	39%	26%	32%
1990	38%	26%	32%
1991	33%	24%	29%
1992	31%	21%	26%
1993	31%	19%	25%
1994	33%	19%	26%
1995	33%	24%	28%
1996	34%	27%	30%
1997	31%	22%	26%

Source: CRIOC - SOBEMAP

Tableau 2 - Pourcentages des fumeurs quotidiens selon la profession et le sexe en 1997

	Homme	Femme
Cadre/indépendant	23%	18%
Employé	28%	22%
Ouvrier	43%	40%
Inactif chômeur	43%	40%
Pensionné	24%	9%
TOTAL	30%	22%

Source: CRIOC - SOBEMAP

D'après un communiqué de presse du CRIOC. Pour de plus amples informations: Luk Joossens, CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/547.06.01. Fax: 02/547.06.01. E-mail: crioc_oiwo@skynet.be ■

"Si tu as envie de parler, ne reste pas seul"

Le "103" est le nouveau numéro d'appel gratuit d'"Ecoute-Enfants" mis à la disposition des enfants et des adolescents qui ont besoin de parler, de se confier, d'être écoutés dans l'anonymat. Ce service a vu le jour en 1990 à l'initiative de la Province de Namur. Depuis 1996, il s'étend à l'ensemble de la Communauté française de Belgique.

La mise en service du 103, un numéro facile à retenir, a été rendue possible grâce à l'appui de Belgacom. Le 103 remplace l'actuel 0800/14400 (ce numéro doit encore être formé au départ des cabines téléphoniques jusqu'en juillet) qui n'était pas évident à former pour les plus petits!

Le service est assuré 7 jours sur 7, 24 heures sur 24. Les jeunes peuvent parler de ce qui les concerne dans leur vie, en fonction de leur âge: amitiés, relations familiales, divorce, rapports à l'école, sexualité, maltraitance... Ils ont entre 10 et 18 ans, la tranche d'âge de 10 à 14 ans étant la mieux représentée. Du côté des écoutants, cinquante professionnels de la relation d'aide répondent aux appels avec compétence. Ils sont psychologues, assistants sociaux, criminologues, licenciés en sciences de la famille. Formés à l'écoute téléphonique, ils ont

le droit. Faire l'amour, c'est tellement beau, le corps est heureux et la tête est remplie de tendresse, de sourires et de désir"

Qui dit mieux ?

"Pierre + Anne. Les jeunes parlent de leur vie amoureuse", 2e édition, co-éditée par le SIPS et éd. Luc Pire.

Prix de vente en librairie 295 FB. On peut l'obtenir également sur simple coup de fil au 04/223.62.82. ■

Quand la médecine devient beauté

Titre ambigu que l'on pourrait paraphraser: quand la médecine se met au service de la beauté. Dans ce livre la médecine esthétique est entendue dans son sens le plus large.

Il déborde largement des informations techniques et scientifiques concernant la chirurgie esthétique pour nous parler aussi de bon sens, de règles d'hygiène de vie, de diététique. L'auteur fait le tour de toutes les questions qui préoccupent les hommes et les femmes de notre société inmanquablement confrontés aux images imposées par la publicité et les magazines. De nos jours, ne faut-il pas être beau, grand, mince, sans rides et sans plis, sans taches et sans poils? Comment y arriver? Comment choisir parmi toutes les méthodes qui prétendent nous faire maigrir? Comment perdre ses kilos excédentaires, rapidement et de façon durable? Comment faire disparaître la cellulite, les varices, le vieillissement, les taches pigmentaires ou une pilosité gênante? Comment affiner, remodeler, rajeunir, lisser un visage? Comment supprimer le petit bedon, gonfler les seins, reprofiler les paupières, masquer les vergetures? Cette "petite encyclopédie d'esthétique médicale" comme la définit son auteur fait le tour des différentes techniques d'intervention, des plus douces au plus chirurgicales, avec à l'appui des photos "avant-après". Il nous donne le point de vue de l'historien et du philosophe sur la question, mais pas celui du psychologue. Pourtant, s'il est vrai qu'une bonne coupe (chez le coif-

feur) vous recoiffe le moral, une belle incision (chez le chirurgien) n'offre pas toujours le même résultat. Voilà tout de même un tour d'horizon précis et bien documenté sur ce vaste domaine de la beauté médicalisée.

GLASROTH R., *Quand la médecine devient beauté*, Ed Labor, collection Santé 2001, 1996, 254 p, 675 FB. ■

L'art de fumer sans en mourir

Le tabac, bien connu pour sa toxicité, fut cultivé en Amérique depuis le début de l'agriculture, presque en même temps que le maïs et la pomme de terre.

Au cours des millénaires, l'humanité a déployé des efforts titanesques pour domestiquer cette plante redoutable, et ce n'est certainement pas pour le plaisir d'avoir un cancer.

En effet, cette plante charmeuse a toujours su, à sa manière, bercer les rêves et les sentiments, réconcilier les humains pour le temps d'une pipe. Mieux, il a longtemps servi d'insecticide, d'engrais, de rituel, de monnaie, de remède aussi. Ce fut même par le biais de la médecine que le tabac a conquis son empire!

En dépit de cinquante ans de lutte anti-tabagique, la parfaite santé du tabac nous sidère.

Les auteurs de ce livre posent la question: peut-être avons-nous fait fausse route? Peut-être conviendrait-il de changer de tactique, à la lumière des récents travaux en biologie et en toxicologie?

Il existait jadis un art raffiné de cultiver, laisser fermenter, bonifier, fumer et parler des arômes de ces feuilles comme le font les oenologues qui célèbrent le bon vin.

Ce livre propose la même approche vis-à-vis du tabac afin d'en éviter les excès. On y trouve aussi le traitement moderne du tabagisme impulsif et les méthodes de prévention à appliquer impérieusement chez les jeunes.

Les auteurs ont la conviction que seule une information approfondie, compréhensible et attrayante, permet de

réveiller les consciences, de combattre l'abus, de ne pas tomber dans le piège. A vous de juger!

KYT., GUILBERT J.-M., DIDOU M., *L'art de fumer sans en mourir. Du bon usage du tabac*, Paris, Ed. de l'Aube, 1996, (Monde en cours), 188 pages, 120FF. ■

Le sport sans dopage

Une brochure très complète faisant le point sur les médicaments interdits et autorisés aux sportifs de haut niveau. Les produits sont présentés par classe thérapeutique. Le document propose aussi une liste alphabétique des médicaments et principes actifs prohibés.

Cette initiative du Comité Olympique et Interfédéral Belge est destinée aux médecins, pharmaciens et spécialistes du sport.

Notons que dans la grande tradition du sponsoring olympique, la brochure a été réalisée par Janssen-Cilag, qui s'offre par la même occasion une 'liste des produits Janssen-Cilag inclus dans la trousse médicale du C.O.I.B.', soit une vingtaine de pages décrivant le Perdolan Mono, le Bronchosedal (dextrometorphan) et autres Gynodaktarin. Tous produits autorisés, n'ayez crainte! ■

"Trans-faire"

L'allusion au "transfert", concept élaboré par Freud me semble claire. Il s'agit pour le patient d'avoir un référent privilégié qui va jouer un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'analyse. La transposition de "transfert" au "trans-faire" est-elle évidente pour autant? Les interprétations et les associations libres sont permises.

Bref, voici un outil informatif au service des professionnels de la santé mentale. Ce répertoire fait l'inventaire de tout ce qui peut être significatif et intéressant: réflexions, groupes de travail, rapport d'activités, actions à venir, manifestations en cours au sein de la Ligue wallonne pour la santé mentale, projets. Comme vous êtes cu-

Dominos, un jeu de livres hors du commun

Nous vous avons déjà présenté ici des titres de la série 'médecine' de l'excellente collection Dominos, chez Flammarion. Il s'agit de brefs ouvrages d'une bonne centaine de pages au graphisme sobre et efficace, abordant un sujet en deux temps: un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir.

Parmi les parutions récentes, nous avons retenus quelques ouvrages particulièrement intéressants.

La maladie dépressive

La dépression n'est ni faiblesse de caractère, ni tristesse légitime, ni folie. C'est une maladie aux multiples visages, extrêmement répandue, et souvent liée à la solitude. Son évolution peut être grave, comme l'atteste le nombre de suicides dus à un état dépressif. Les facteurs impliqués dans son déclenchement sont de nature biologique, héréditaire, psychologique, et cette multiplicité doit être prise en compte dans l'élaboration de toute stratégie thérapeutique. Malgré le formidable espoir né des découvertes de la psychopharmacologie, les travaux sur les origines biologiques de cette maladie n'ont pas encore permis de percer son mystère.

Ce petit livre permet de lever le voile sur quelques aspects de cette maladie dépressive et sur les divers moyens de la traiter.

"La maladie dépressive" par Henri Lôo et Thierry Gallarda.

L'alcoolisme

L'alcoolisme également est considéré comme une maladie et non plus comme un phénomène lié à une certaine classe sociale et qualifié d'"ivrognerie". Cependant, les raisons aussi bien que les effets de la dépendance à l'alcool restent à définir: sont-ils principalement d'ordre neurochimique, génétique ou psychologique? La compréhension des problèmes liés à l'alcool exige une approche multidisciplinaire et passe par une ouverture aux sciences humaines et sociales. La notion de dé-

pendance à l'alcool est aujourd'hui centrale dans les définitions de l'alcoolisme. L'ancien clivage entre alcoolisme secondaire et alcoolisme primaire persiste sous une terminologie renouvelée sans que l'on sache vraiment si ces différences recouvrent des entités morbides réellement distinctes.

"L'alcoolisme" par Alain Cerclé.

Les allergies

Les allergies enfin se situent à cheval sur l'organique et le psychique. Chacun connaît l'extraordinaire modulation psychologique de ces maladies, c'est-à-dire l'influence que peuvent avoir les émotions, le stress, l'angoisse ou les grandes joies sur l'apparition ou le développement d'un phénomène allergique.

La dualité platonicienne entre le corps et l'esprit est dépassée et l'allergie doit être envisagée dans sa globalité. L'allergie est partiellement héréditaire, mais tous les enfants nés de parents allergiques ne deviennent pas automatiquement allergiques.

Le livre nous propose dans un premier temps un tour d'horizon des allergies, en nous parlant de l'immunité, de l'hérédité, des allergènes, de la rhinite et de l'asthme et des autres formes d'allergies, pour terminer par la prévention.

Dans un second temps, il nous invite à réfléchir sur la question de l'hypersensibilité biologique des patients allergiques mais également de leur hypersensibilité affective, les deux étant liés.

C'est pourquoi, concluent les auteurs, il s'agit de proposer à celui qui souffre d'une maladie allergique de réfléchir à ce qu'elle peut représenter pour lui dans sa vie. Cette maladie symptôme a un sens...

"Les allergies" par J. Bousquet et F.-B. Michel

Et encore

D'autres petits volumes fort intéressants sont parus dans cette même collection. Tous ils abordent la question en deux rythmes, le premier offrant une compréhension objective, scientifique et médicale de la question et le second s'attardant à une réflexion plus en profondeur sur les limites, les nouveaux défis, les perspectives humaines et sociales, les mises en garde

pour l'avenir et la chasse aux idées toutes faites. C'est une manière intelligente de sortir des sentiers battus et d'offrir une vision plus large aux thèmes qu'ils traitent.

Citons ainsi "Les traitements du sida" de Patrice Debré, "Les médicaments psychotropes" de Christian Spadone, "Bactéries, virus et champignons" de Xavier et Laurence Rolland, "Odeurs et Saveurs" d'Alain Gullino, et "La prévention des cancers" de Maurice Tubiana. ■

Pierre + Anne



Deux prénoms qui nous invitent à écouter les jeunes parler de leur vie amoureuse, sentimentale et sexuelle. Toutes les questions qui reviennent sur les lèvres des adolescents ou qui occupent leur esprit sont abordées très simplement dans ce petit livre sous forme de courts témoignages, de petites phrases cueillies sur le chemin buissonnier de leur libre expression.

On retrouve les thèmes classiques de la perception qu'un jeune a de son corps, de l'âge des premières relations sexuelles, de la virginité, du désir et du plaisir, de la fidélité et de la jalousie, de la crise d'adolescence et des relations avec les parents, de l'homosexualité et de la masturbation, des secrets et de l'autonomie... Des clins d'yeux, des cris de révolte, des pistes de réflexion, des confidences. Écoutons Angela qui a dix-huit ans: "Un soir, je suis restée près de lui, nous avons fait l'amour. Je n'ai jamais regretté. Les préjugés idiots ne peuvent empêcher deux corps de s'aimer, ils n'en ont pas



une connaissance approfondie du terrain et sont en formation permanente.

Six affiches déclinées sur le thème "Si tu as envie de parler, ne reste pas seul", une brochure explicative présentant le service "Écoute-Enfants" et des autocollants sont disponibles. Par ailleurs, les radios et télévisions ont diffusé des spots promotionnels jusqu'au 31 mars, dans le cadre des campagnes radiodiffusées de promotion de la santé.

Pour obtenir des brochures, n'hésitez pas à appeler le numéro vert de la Communauté française: 0800/20000. ■

Belle jeunesse, roulez casquée!

Le port du casque à vélo réduit de 75% le risque de lésions à la tête et de 85% le risque de lésions cérébrales en cas d'accident.

Pourquoi la compagnie d'assurances ABB mène-t-elle une action en faveur du port du casque?

À la fin de l'année 1994, ABB a réalisé une étude sur les accidents graves qu'elle avait à traiter. Cette étude a révélé que deux patients sur trois hospitalisés au service des urgences à la suite d'un accident de vélo souffraient de lésions crâniennes ou cérébrales légères à graves.

Elle a donc lancé une première campagne "ABB conseille les cyclistes pour les aider à rester entiers".

En 1996, les jeunes entre 12 et 18 ans représentaient 30% du nombre total des cyclistes victimes d'accident de la circulation. Ces chiffres sont déjà meilleurs

qu'en 1995. Quant au nombre de victimes d'accidents dans le groupe des cyclistes de 5 à 9 ans, il a diminué de près d'un tiers en 1996, tout comme ont diminué les accidents survenus aux jeunes de 10 à 14 ans et de 15 à 19 ans.

Trois ans plus tard, en 1998, ABB récidive en lançant une nouvelle campagne en collaboration avec l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (I.B.S.R.): "Le casque. Pour éviter les bobos à vélo". En placardant des casques cyclistes dans les médias pendant tout un mois, ABB veut contribuer à créer un climat favorable au port du casque, pour qu'il devienne chez le jeune un réflexe. En attendant qu'il ne devienne un phénomène de mode: "Dis, t'as vu mon casque?" ?

Pour tout renseignement, contactez ABB-assurances, rue de Bruxelles, 5000 Namur. ■

La maternité sans risques

Depuis cinquante ans, les peuples du monde bénéficient de progrès remarquables dans le domaine de la santé. En témoignent les gains substantiels en matière de survie de l'enfant, le recul de la mortalité infantile, l'augmentation de l'espérance de vie et l'élimination de bien des fléaux du passé comme la variole et - très bientôt - la poliomyélite. Toutefois, des zones d'ombre subsistent à ce tableau: la santé maternelle est l'un de ces domaines où de nombreux progrès restent à faire. D'où le choix de ce thème par l'OMS pour la Journée mondiale de la santé 1998.

Si l'OMS insiste particulièrement sur le risque maternel lié à la grossesse, dans notre pays ce risque est devenu extrêmement faible. On dénombre en effet 10 décès pour 100.000 naissances. Néanmoins, le risque périnatal demeure malgré les efforts dans le domaine médical. La grossesse et l'accouchement doivent donc rester surveillés médicalement.

Tout naturellement, l'ONE a décidé de relayer la journée mondiale de la santé de l'OMS consacrée en 1998 à "La maternité sans risques".

L'O.N.E. profite de cette occasion pour informer les parents de son rôle important en matière de protection maternelle

et infantile en Communauté française et leur donner quelques conseils pour mener à bien une grossesse, en sécurité.

L'O.N.E. et le suivi de la grossesse

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) est le service chargé de la protection maternelle et infantile en Communauté française.

Il organise notamment les consultations prénatales qui ont pour objectif de surveiller le bon déroulement de la grossesse et de préparer physiquement et psychologiquement les parents à la naissance d'un enfant. Ces services s'adressent à tous et notamment aux futures mères qui courent des risques particuliers.

Ce suivi prénatal s'effectue dans trois types de structures: 16 consultations prénatales hospitalières, 5 centres périnataux intégrés dans des complexes hospitaliers, ainsi que 36 consultations prénatales de quartier. Une équipe de professionnels de la santé de la mère et de l'enfant composée d'un médecin et d'un ou plusieurs travailleurs médico-sociaux (T.M.S.) accompagne les parents durant la grossesse.

Le travailleur médico-social de l'O.N.E. qui collabore à la consultation, peut également se rendre au domicile de la future maman si celle-ci le demande ou si un problème particulier l'empêche de se déplacer.

Plus de 20% des femmes enceintes de la Communauté française confient le suivi de leur grossesse aux services de l'O.N.E.

Pour une grossesse plus sûre

Concevoir un enfant, mener à bien une grossesse et mettre au monde un bébé constituent une aventure extraordinaire. C'est aussi une période délicate qui comporte certains risques. S'il est impossible de les supprimer tous, on peut néanmoins réduire le nombre des facteurs qui induisent ces risques et surtout minimiser les conséquences des problèmes rencontrés.

Quels sont les risques les plus fréquents?

Les fausses couches

Dès le début de la grossesse, la croissance de l'embryon peut être altérée, des malformations peuvent appa-

raître, de la plus bénigne à la plus grave. Dans les cas les plus graves, il en résulte une fausse-couche (perte de l'embryon) dans les 3 ou 4 premiers mois. Il faut savoir que 20% des grossesses (une sur cinq) se terminent par une fausse-couche, qu'elle soit due à une malformation ou pas.

Les infections

2 à 5% des femmes contractent une maladie infectieuse en cours de grossesse. Certaines maladies infectieuses peuvent atteindre le bébé. C'est notamment le cas de la rubéole, de la toxoplasmose et du cytomégalovirus.

La toxémie

La femme enceinte peut développer une hypertension due à la grossesse (4 à 5% des grossesses). Cette toxémie peut compromettre la croissance du bébé.

Le diabète

La grossesse peut développer un dia-

bète chez la femme enceinte (3 à 5% des grossesses). Le bébé est alors trop gros et plus fragile.

La naissance prématurée

Une naissance prématurée est une naissance qui a lieu avant la 37^e semaine de grossesse. Un enfant prématuré est plus fragile qu'un enfant né à terme et nécessite des soins adaptés. Huit à dix pourcents des grossesses se terminent prématurément. Les facteurs de risques de prématurité ne se situent actuellement plus au niveau médical mais résident essentiellement dans les conditions de vie (stress, isolement social,...).

Les forceps et la césarienne

Des complications à l'accouchement peuvent survenir et le médecin peut être amené à utiliser des forceps (5 à 10% des grossesses) ou faire naître l'enfant par césarienne (15 à 20% des grossesses).

Adresses psycho-sociales d'urgence

Le médecin de famille et certains spécialistes de première ligne sont souvent confrontés aux questions du patient ou de son entourage. Questions qui n'ont pas toujours un rapport direct avec la pathologie, mais plutôt avec l'environnement de la maladie, comme la convalescence, les soins à domicile, les associations de patients ou encore les gardes diverses.

Les médecins doivent également faire face à des problèmes psychologiques du patient nécessitant une aide spécifique et des réponses adéquates. Pensons notamment aux dépendances telles que la toxicomanie.

Le Collège royal des médecins a mis sur pied une banque de données psycho-sociales permettant d'aider le praticien à assister le mieux possible le patient dans son suivi psychologique et social.

Le domaine psychologique étant extrêmement complexe et diversifié, le Collège royal des médecins a confié à la Ligue bruxelloise pour la santé mentale la conception de ces chapitres. Ce travail d'équipe a ainsi permis d'élaborer une liste exhaustive des équipements mis à la disposition du patient et de créer un outil complémentaire à cette banque de données.

Un guide d'adresses pour les urgences

Cet outil se présente sous forme d'un guide d'adresses d'urgence couvrant toutes les étapes de la vie et contenant un chapitre informant sur tous les aspects de la santé mentale. Le format du guide a été volontairement réduit afin que le médecin praticien puisse l'emporter lors de ses visites.

Devant le succès qu'ont connu les deux premières éditions et devant le désir formulé par les services sociaux, les commissariats de police, les institutions d'obtenir un tel guide, le Collège royal des médecins et la Ligue bruxelloise pour la santé mentale ont décidé de publier deux versions de ce même ouvrage. L'une est destinée aux médecins généralistes, gynéco-

(surtout lorsque les parties n'arrivent pas à se mettre d'accord !). Et surtout en quoi ils intéressent le patient en se répercutant sur la somme qu'il devra payer personnellement, après le remboursement par sa mutualité.

La "franchise sociale" et la "franchise fiscale" sont sur toutes les lèvres. Les deux dépliants s'attachent à ce que le grand public maîtrise mieux ces notions qui, peut-être, le concernent ou le concerneront un jour.

Le dépliant "Payez le juste prix chez le dentiste" détaille les principaux honoraires lors de consultations, de traitements préventifs, de soins conservateurs ou d'extractions. Il précise les remboursements correspondants et calcule les montants de la quote-part du patient.

Le dépliant "Payez le juste prix chez le médecin" décrit les honoraires demandés lors des principaux actes médicaux (consultation chez un médecin généraliste, visite à domicile, consultation chez un médecin spécialiste...), ainsi que les remboursements par la mutualité et le calcul de ce que paiera le patient, suivant qu'il soit un assuré ordinaire ou une personne bénéficiant d'une intervention majorée (anciennement VIPO). Bien que la convention médico-mutualiste vienne d'être dénoncée par les prestataires, cela reste un outil d'information utile, qui donne une idée de montants d'honoraires jugés normaux par une grande majorité de médecins.

"Payez le juste prix chez le médecin" et "Payez le juste prix chez le dentiste" sont disponibles contre l'envoi d'un timbre à 17 francs à l'adresse suivante: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. ■

Aimer sans abuser ou l'enfance respectée

Les équipes du Ligueur et du Journal de votre enfant ont réalisé une brochure qu'ils destinent "aux parents choqués par l'actualité sordide, aux enseignants interpellés par les élèves, aux adultes soucieux des droits de l'enfant, par delà l'insoutenable horreur et dans l'espoir d'entraver les dégâts qu'une peur sans limite peut induire..."

Les différents auteurs y parlent de l'éveil de l'amour et de la sexualité chez l'enfant, de l'inceste et de la pédophilie, de l'aide qui peut être apportée aux victimes, des aspects juridiques, des outils de prévention existants, soit pour mettre les enfants en garde contre les abus sexuels, soit pour faire réfléchir les adultes sur le "devenir père ou mère..."

La brochure "Aimer sans abuser" est disponible auprès de la Ligue des Familles, rue du Trône 127, 1050 Bruxelles, tél. 02/507.72.84. ■

Vendre des collations saines

Ce guide est le fruit d'une collaboration entre l'Observatoire de santé en Hainaut, des écoles et des intervenants psychosociaux. Il relate l'expérience de huit écoles maternelles et primaires qui se sont lancées dans l'aventure: développer avec succès la vente de collations saines dans l'école.

La brochure donne des pistes à explorer pour que la vente de collations saines soit une réussite, et des exemples et idées de projets qui visent l'intégration de la collation dans une action plus large.

La brochure "Vendre des collations saines dans les écoles maternelles et primaires, c'est possible" est disponible auprès de l'Observatoire de santé en Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Hauré, tél. 065/87.27.00. ■

A boire et à manger!

Quelques questions sous la forme de "vrai ou faux" pour nous mettre en appétit! Rester en bonne santé après 60 ans ne consiste pas uniquement à avaler quelques pilules ou à consommer des soins médicaux, c'est aussi veiller à avoir une alimentation variée et équilibrée: boire un litre et demi par jour sous différentes formes; manger de la viande et d'autres aliments riches en protéines comme les fromages; continuer à manger du pain et

des pommes de terre, éléments indispensables à notre organisme; consommer des matières grasses mais pas n'importe lesquelles; être attentif à fournir suffisamment de calcium à notre organisme, et, enfin manger assez et avec plaisir.

Ces règles élémentaires sont complétées par des informations précises, par des recettes, des idées et astuces de préparation, par des tableaux récapitulatifs, par des pavés comportant des données plus spécifiques.

Agréablement illustrée et mise en page, gaie et pratique, cette brochure est à mettre entre les mains de tous les sexagénaires... pour leur mettre l'eau à la bouche.

Pourquoi s'adresser aux seniors? Depuis le début du siècle, l'espérance de vie a augmenté d'environ trente ans. Et l'alimentation joue un rôle capital dans le maintien de notre capital santé. Dès lors, l'Institut Danone a édité cette brochure pour inciter les personnes de plus de 60 ans à s'alimenter mieux et, c'est de bonne guerre, à manger des produits laitiers!

Bien sûr, chacun prêche pour sa chapelette, mais nous n'allons tout de même pas en faire... un fromage!

"Questions sur un plateau", brochure de 36 pages éditée par l'Institut Danone, rue du Duc 100, 1150 Bruxelles. Site internet: <http://www.danone-institute.be> ■

Pipi au lit? ça suffit!

Les Laboratoires Ferring ont édité une documentation pour les parents sur l'énurésie chez l'enfant. Ces outils consistent en une brochure présentant le problème et un "calendrier so-leil" sur lequel l'enfant note quotidiennement combien de fois il a fait pipi dans la journée, s'il s'est relevé la nuit, s'il a fait pipi au lit,... Ce document est important pour inciter l'enfant à se pencher sur son problème, et au médecin, si on fait appel à lui, pour analyser le problème et établir un traitement approprié.

Laboratoires Ferring, rue Jean-Baptiste Clément 7, F-94250 Gentilly. ■

Quelques conseils pour une grossesse bien menée

Vous n'êtes pas encore enceinte?

Idéalement il faut avoir vu un médecin avant d'être enceinte.

L'intérêt d'une *visite préconceptionnelle* est notamment de savoir si vous êtes immunisée ou non contre la rubéole. Si vous n'avez pas contracté cette maladie, il est indispensable de vous faire vacciner. Si vous n'êtes pas immunisée contre la toxoplasmose, il faut prendre certaines précautions dès le début de la grossesse. On peut également identifier certaines affections familiales qui pourraient être héréditaires. N'hésitez pas à proposer au papa de vous accompagner. Des examens génétiques spécialisés pourront alors être effectués avant la grossesse.

Enceinte?

Consultez un médecin rapidement et puis une fois par mois.

La fréquence idéale des visites prénatales est d'une fois par mois, un peu plus souvent à la fin de la grossesse. Le médecin décide du rythme s'il y a un problème. Le contenu de cet examen se résume en 4 points: mesure du poids, de la pression artérielle, de l'analyse des urines et de la croissance de l'utérus.

La visite prénatale doit surtout être l'occasion d'un dialogue avec le médecin pour obtenir des informations et des conseils.

Ces examens médicaux peuvent se dérouler dans une consultation prénatale de l'O.N.E. ou chez un médecin privé.

Le médecin prescrira trois examens échographiques. L'échographie du premier trimestre permet de vérifier le bon démarrage de la grossesse, de déterminer l'âge du bébé et la date théorique de l'accouchement.

L'échographie du second trimestre contrôle la croissance du bébé et l'absence de malformations importantes.

L'échographie du troisième trimestre permet de connaître la position du bébé avant l'accouchement et vérifie sa croissance et sa vitalité.

Le médecin prescrira aussi des examens sanguins s'il l'estime nécessaire.

L'O.N.E. offre aux futures mamans un accompagnement psycho-médico-social tout au long de la grossesse dans ses consultations prénatales et met à leur disposition la brochure "Un bébé

bientôt", disponible sur simple demande au 02/542.15.71.

Pour plus d'informations sur la Journée mondiale de la santé: <http://www.who.or/whday> ■

A comme Allergie!

A comme asthme, anticorps, acariens, atopie, anaphylactique mais aussi comme alerte et assez!

Derrière des symptômes variés peut se cacher un même ennemi: l'allergie. Pour la combattre, il faut d'abord la démasquer et fourbir ses armes.



La Fondation pour la Prévention des Allergies vous en donne les moyens grâce à une brochure d'information et de sensibilisation très complète sur le sujet. Elle répond aux principales questions que se pose la personne qui est, ou qui pense être, une victime de l'allergie. Qu'est-ce que l'allergie? Comment savoir si je suis allergique et à quoi? Quels sont les tests de dépistage? En quoi consiste la prévention? La deuxième partie de la brochure développe quelques maladies allergiques comme l'asthme et la dermatite atopique, et elle nous parle du choc anaphylactique. La dernière partie du document est consacrée aux causes d'allergies. Elles sont multiples et nous vous citons pour mémoire les plus connues, c'est-à-dire les acariens, les pollens, les animaux, les insectes, les médicaments et le soleil.

Cette brochure générale permet aussi de faire connaissance de manière approfondie avec cette maladie aux multiples visages. Un tour d'horizon en 42 pages, avec quelques pavés intitulés "Bon à savoir" qui rendent la lecture plus aisée. En revanche les illustrations manquent de subtilité et le crayonné est un peu simpliste. Dommage.

Pour ceux qui veulent en savoir plus, d'autres publications sont disponibles à cette même Fondation:

"L'allergie commence au berceau... si l'on n'y prend garde!"

"Maison sans poussière. Maison sans souci."

"Pollens"

Renseignements ou pour obtenir les brochures: Fondation pour la Prévention des Allergies, rue du Président 55, 1050 Bruxelles, tél: 02/511.67.61

Pour une première approche du sujet, vous pouvez aussi lire 'Alerte aux allergies', le dépliant que vient de sortir Infor Santé. Réalisé en collaboration avec la Fondation, il aborde les questions suivantes: qu'est-ce que l'allergie? Comment savoir si on est allergique? Un nouveau-né peut-il naître allergique? Existe-t-il une prévention avant la naissance? Peut-on dépister l'allergie dès la naissance? Il met évidemment aussi l'accent sur la prévention.

"Alerte aux allergies", dépliant disponible contre l'envoi d'un timbre à 17 francs à l'adresse suivante: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. ■

Il était une fois la rue

Marcher, quoi de plus naturel? Cela s'apprend tout seul, dès le plus jeune âge.

Mais marcher en rue, dans la circulation, c'est tout autre chose que placer un pied devant l'autre; et cela, les enfants ne l'apprennent pas naturellement. Ils doivent apprendre à le faire avec leurs parents.

On leur apprend à se laver les dents, à dire bonjour... Apprendre à circuler n'est pas moins important.

Cette brochure de l'Institut belge pour la sécurité routière propose aux parents toute une série de comportements adéquats dans la circulation et leur présente un petit programme d'apprentissage pour les jeunes piétons. Elle passe en revue les caractéristiques des enfants qui les désavantagent dans le trafic et donne des conseils concrets pour y remédier. Elle aborde aussi les déplacements en voiture, en transports en commun et à vélo.

L'IBSR a également publié une brochure dans laquelle l'enfant peut coller des illustrations, dessiner, répondre à des questions, exprimer ses opinions sur la circulation. "En route! avec les conseils de Mammy Prudence" a été initialement publiée en supplément de la

revue pour enfants "Dauphin".
"Il était une fois la rue" et "En route! avec les conseils de Mammy Prudence" sont disponibles auprès de l'Institut belge pour la sécurité routière, chaussée de Haecht 1405, 1130 Bruxelles, tél. 02/244.15.11, fax 02/216.43.42. ■

Passeport Question Santé 98-99

C'est le signe que les grandes vacances approchent: l'asbl Question Santé vient de sortir la nouvelle édition de son désormais classique "Passeport Question Santé".

Ce document offre une foule de conseils utiles et de précautions à prendre avant de partir en voyage, en particulier pour des destinations exotiques.

Il comprend un tableau des vaccinations obligatoires ou conseillées, établi sur base des recommandations de l'OMS et grâce à la collaboration de l'Institut de médecine tropicale et de l'Institut scientifique de santé publique (ex-IHE).

A l'étranger, ce petit guide (format 9 cm sur 13) sera un compagnon discret très pratique.

En Belgique, il est peut-être moins indispensable.

Le "Passeport Question Santé" est disponible contre l'envoi de 2 timbres à 17 francs à Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. ■

Des soins de qualité pour tous à un prix raisonnable

Infor Santé publie une mise à jour de ses dépliant d'information sur les tarifs et les remboursements de visites et de soins chez le dentiste et chez le médecin (généraliste ou spécialiste).

Les dépliant expliquent en quoi consistent les accords entre d'une part les médecins et les mutualités, et d'autre part entre les dentistes et les mutualités, sujets de tant de discussions et de remous dans les médias

logues, pédiatres et psychiatres. L'autre, édition identique quant à l'information fournie, est publique et disponible auprès de la Ligue bruxelloise pour la santé mentale (tél. 02/511.55.43).

Renseignements: Collège royal des médecins de l'Agglomération bruxelloise, Maison des médecins, avenue Circulaire 138, 1180 Bruxelles, tél. 02/374.64.18 - 374.97.00, fax 02/375.85.82. ■

Dépressivité et monde du travail

La Ligue belge de la dépression a mené une enquête auprès de 1143 travailleurs occupés dans des entreprises de plus de 50 personnes, pour faire le point sur le phénomène dépressif dans le milieu du travail.

La dépression est une maladie fréquente puisqu'elle touche 10% de la population globale. 80 à 90% des patients souffrant de dépression majeure guérissent dans les cinq ans, les autres passent à la chronicité à long terme.

Plusieurs études ont prouvé l'influence considérable de la dépression sur l'incapacité de travail. Une autre étude montre que 30% des jours d'absence de courte durée sont dus à la dépression, la durée moyenne étant de 40 jours par an. Et comme le dit le Dr Michel De Clerq: "Si ces patients s'absentaient 40 jours d'affilée pour revenir soignés, ce ne serait pas trop grave, mais ils prennent deux jours par-ci, une semaine par-là ce qui les fragilise encore plus, les fait passer pour des "caroteurs" et crée une mauvaise ambiance de travail".

Les conditions de travail influencent le stress et le risque de dépression: l'autonomie de la personne, les exigences plus ou moins fortes dans le travail, l'influence des relations humaines internes, les rapports avec la hiérarchie, le caractère stressant du travail, les horaires fluctuants et les différences de statut au sein d'une même équipe, la situation économique (conjuncture du secteur d'activité, perspectives, etc.), le cadre de travail, l'histoire professionnelle (ancienneté, changement, chômage), tous ces facteurs jouent un rôle non négligeable dans le phénomène dépressif.

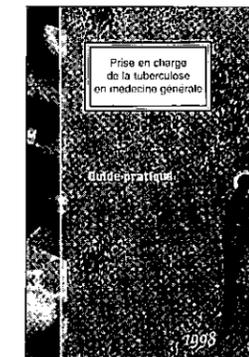
Quelques constatations

Les ouvriers sont plus facilement dépressifs que les employés et les cadres, les femmes plus que les hommes également (18,1% contre 10,8%). Plus le travail est stressant et peu satisfaisant, plus l'autonomie est faible et plus les relations avec les collègues sont jugées peu satisfaisantes, plus le seuil de dépression augmente. Les chiffres indiquent aussi que les personnes demandent de l'aide en priorité à leur conjoint (60,6%) et à leurs amis proches (55,2%), mais beaucoup moins aux psychologues (12,1%) ou aux psychiatres (8,0%). Autre observation, moins on a d'amis et de relations sociales, plus on est déprimé. Guère surprenant, mais guère réconfortant non plus.

D'après le dossier de presse "Dépressivité et monde du travail", Ligue belge de la dépression, av. du Bois du Dimanche 21A, 1150 Bruxelles, tél: 02/731.94.61.

La Ligue a également publié une brochure sur "Dépression et vieillissement" qui passe en revue les questions de deuil et de solitude, les problèmes de sommeil, le rôle de l'entourage, la consommation d'alcool et de médicaments. Le chapitre qui décrit la complexité du dépistage de la dépression chez la personne âgée est particulièrement éclairant. ■

La tuberculose fait encore parler d'elle!



Plus de 100 ans après, la tuberculose est toujours un fléau mondial malgré l'existence d'un traitement efficace. La situation est particulièrement préoccupante dans le Tiers-Monde et en

Europe de l'Est. Les pays industrialisés ne sont pas épargnés non plus: le développement des transports internationaux ainsi que le phénomène de paupérisation dans les grandes villes contribuent à la recrudescence de la tuberculose.

Et chez nous?

En 1997, 1 289 nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés dans notre pays, ce qui correspond à un peu moins de 13 personnes sur 100.000? C'est peu, mais préoccupant. C'est pourquoi la FARES a décidé de réagir en publiant un guide pratique très complet sur le sujet, "Prise en charge de la tuberculose en médecine générale", destiné aux médecins et paramédicaux. Ce guide parle du dépistage, du diagnostic et du traitement de la maladie, il donne les mesures à prendre au domicile du malade, le protocole de la vaccination par le BCG et le suivi à assurer en cas de résultat de test tuberculique positif.

Trois dépliant explicatifs complètent l'information: "L'intradermoréaction, le test de dépistage de la tuberculose", "La tuberculose, cette inconnue", "La tuberculose, un traitement pour prévenir".

Pour plus de renseignements, s'adresser à la FARES, tél: 02/512.29.36 et fax: 02/512.32.73 ■

Communiquer avec les malades du sida

"Communication et préventions" est un guide de formation à la communication destiné aux infirmiers et aux travailleurs sociaux qui travaillent avec des personnes séropositives ou sidéennes.

Le guide de formation a comme objectif l'amélioration de la communication entre les personnes séropositives et sidéennes et les infirmiers et travailleurs sociaux par un programme souple de formation étalé sur quatre jours.

Ce programme convient aux professionnels ayant une grande expérience dans le domaine du VIH, ceux qui débutent dans ce domaine et ceux qui travaillent dans d'autres champs d'activité.

"Communication et préventions" a été développé en collaboration avec des experts de neuf pays européens. Le développement de ce guide de formation incluait une évaluation intensive des besoins des infirmiers et des travailleurs sociaux des pays participants, ainsi qu'une revue de littérature. Après avoir été testée et évaluée, la version pilote a été modifiée pour aboutir à la version finale. Des copies de la revue de littérature, des rapports sur l'évaluation des besoins et l'évaluation de la formation, et les outils d'évaluation sont disponibles auprès des institutions mentionnées ci-après.

Ce que propose le guide de formation

Il est évident qu'une formation de quatre jours ne constitue pas le seul moyen d'améliorer la qualité de la communication, mais la revue de littérature et l'évaluation réalisées dans le cadre du développement du guide de formation ont permis de démontrer qu'elle avait un impact important.

Le guide a été conçu afin de pouvoir être utilisé avec souplesse. Non seulement il peut être utilisé dans des cultures différentes, mais la méthode et le contenu peuvent également être adaptés. Le contenu a été conçu et construit autour des thèmes considérés comme les plus importants par les infirmiers et les travailleurs sociaux durant l'évaluation des besoins.

"Communication et préventions" est constitué de quatre modules:

- Module général sur la proximité et la distance;
- La gestion des sentiments;
- Communication et promotion de la prévention primaire, secondaire et tertiaire;
- Communication et relations interpersonnelles.

Chaque module comprend des objectifs et est constitué:

- d'instructions destinées aux formateurs;
- d'informations générales;
- de documents destinés aux participants;
- d'exercices pratiques.

A l'exception du premier module, qui fournit le contexte de la formation, le formateur est libre de sélectionner les

modules qui conviennent le mieux aux besoins locaux. Si elle est proposée dans sa totalité, la formation s'étale sur quatre jours. Elle est conçue pour des groupes de 15 professionnels maximum et de deux formateurs expérimentés. Cependant, la formation peut également être intégrée dans le programme de formation initiale des infirmiers et des travailleurs sociaux.

Dans la prise en charge liée au VIH, il existe une relation étroite entre les attitudes, les croyances et les capacités. Les connaissances seules n'amèneront pas un changement au niveau de la pratique. Ce guide de formation donne aux professionnels l'opportunité d'examiner leurs croyances, attitudes et capacités pratiques. Selon l'expérience des participants, la formation renforcera leurs capacités ou les initiera à la communication dans le contexte du VIH. Les exercices sont conçus pour refléter autant que possible la réalité de la pratique quotidienne, dont ils sont issus.

Comment obtenir le guide de formation

"Communication et préventions" est disponible en sept langues: allemand, anglais, espagnol, français, grec, néerlandais et suédois. Il est possible de se le procurer en contactant les centres des pays participants. Il est également possible d'y accéder par un des sites internet proposés.

Un guide de formation semblable a été réalisé en 1994, à l'intention des médecins travaillant avec des personnes séropositives. Ce guide de formation peut également être obtenu auprès des centres nationaux ou de la direction du projet à Bruxelles.

Pour la Belgique: UCL, Unité d'Éducation Santé RESO, Avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02/764.50.73. Fax: 02/764.50.74. E-mail: goossens@reso.ucl.ac.be. Site internet: <http://www.md.ulc.ac.be/entites/esp/reso>

Pour la France: DGS Division sida, Ministère de la Santé, 8 Avenue de Ségur, 75350 Paris. Tél.: 01.40.56.42.31. Fax: 01.40.56.56.20.

"Communication et préventions" a été en partie subsidié par la Commission Européenne, Direction Générale V, Luxembourg. ■

L'OMS craint une aggravation du phénomène de la souffrance

Selon l'OMS, le coût humain et social des maladies chroniques va s'accroître si l'on ne s'attaque pas au problème dès maintenant.

Le cancer, les cardiopathies et d'autres maladies chroniques, qui font déjà plus de 24 millions de victimes chaque année, vont entraîner de plus en plus de souffrance et d'incapacités pour des centaines de millions d'autres gens: tel est l'avertissement lancé par l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport annuel.

"Le rapport sur la santé dans le monde, 1997: Vaincre la souffrance, enrichir

Les mesures prioritaires préconisées par l'OMS

1. Intégration des interventions spécifiques de telle ou telle maladie en santé physique et mentale dans un ensemble complet de lutte contre les maladies chroniques associant prévention, diagnostic, traitement et réadaptation ainsi qu'une meilleure formation des professionnels de santé.
2. Application plus large des méthodes rentables qui existent actuellement pour dépister et prendre en charge les maladies, notamment dépistage amélioré compte tenu de la diversité génétique des individus.
3. Vaste campagne mondiale intensifiée mais soutenue pour encourager des modes de vie favorables à la santé, en insistant sur le développement sain de l'enfant et de l'adolescent par rapport à des facteurs de risque comme l'alimentation, l'exercice physique et le tabagisme.
4. Bonnes politiques du secteur public, notamment financement durable, et législation en matière de fixation des prix et de taxation, à l'appui des programmes de prévention des maladies.
5. Accélération de la recherche sur des médicaments et vaccins nouveaux ainsi que sur les déterminants génétiques des maladies chroniques.
6. Soulagement de la douleur, atténuation de la souffrance et soins palliatifs dans le cas de maladies incurables.

sentation de la maladie alcoolique que se font les alcooliques anonymes, et à leur suite les autres mouvements anonymes (N.A., J.A., O.A., E.A.,... - c'est-à-dire les narcotiques, les joueurs, les outremangeurs, les émotifs anonymes...) - par rapport à la cible (la "maladie") qui est la leur (la dépendance aux drogues, au jeu, aux aliments et/ou aux émotions).

Selon leur vision, à chaque fois il s'agit d'une maladie, tant physique, émotionnelle que spirituelle et/ou initiatique. La maladie alcoolique pour les A.A. par exemple, est conçue comme une maladie progressive qui, au travers d'une accumulation de désordres et de signes sociaux et personnels, conduit à un fond - une mort symbolique voire réelle.

Cette maladie (de l'alcool, du jeu ou de la boulimie par exemple) n'admettra de remontée (de renaissance) qu'à travers une prise de conscience, le "magic moment" des A.A. et des autres mouvements anonymes qui réside en un nécessaire aveu d'impuissance et de perte de contrôle face au produit et/ou face à la conduite compulsive équivalente. Le "magic moment" est accompagné et suivi d'une reconversion en sagesse et/ou spirituelle, autant que d'une reconstruction psychologique de sa vie dans l'abstention de sa drogue ("l'abstinence heureuse" des A.A., des N.A. ou des J.A.) ou dans la mesure envers les conduites addictives (les aliments pour les O.A. et les émotions pour les E.A.)

Ce drame de mort-renaissance (d'ombre et de lumière) propre à tout chemin initiatique et/ou spirituel est pour tous les mouvements anonymes,

l'histoire à la fois symbolique et réelle, commune à tous leurs membres. Ils s'en partagent donc les récits, dont ils dégagent ensemble la portée significative universelle à travers leurs témoignages et enseignements réciproques de vie.

Leurs thèmes éternels sont ceux de l'expérience cruciale initiale qui est la leur. Celle-ci est constituée d'une traversée du désert propre aux temps de l'évolution de leur dépendance active, et d'une non moins cruciale remontée et sortie des enfers.

Chaque membre des mouvements anonymes est ainsi alternativement et successivement en position d'ancien et de novice face à l'acquisition personnelle et à la transmission aux autres de ce chemin de dépassement semblable pour tous. Ce dernier se réalise exactement à la façon d'un compagnonnage, tel qu'on le rencontre dans les démarches initiatiques classiques propres aux sociétés "communautaires" traditionnelles.

Conclusion

Ces discours et ces paroles sur un mode d'approche et de compréhension d'une maladie unitaire de la dépendance propre aux mouvements anonymes, tels que nous les transposons d'une manière professionnelle au Pélican, pourront paraître sans doute très étranges à l'observateur extérieur, habitué et formé aux conceptions et aux pratiques médicales curatives classiques.

Cependant, les éducateurs à la santé savent combien les représentations objectives et scientifiques de la santé,

inhérentes au monde médical, peuvent être différentes par rapport aux représentations populaires, comme celles présentes au sein des mouvements anonymes et que nous avons essayé de théoriser et d'adapter au sein du contexte pédagogique préventif du Pélican.

Nous pensons pourtant que nos travaux et notre stratégie opérationnelle, qui visent à créer une charnière et un pont entre les méthodes de la médecine classique et celles des mouvements anonymes sont dans ce sens intéressants et prometteurs.

En effet, grâce à une transposition du modèle apparemment anarchique des mouvements anonymes, le modèle professionnalisé et adapté propre au Pélican crée une nouvelle voie à l'approche préventive de la dépendance.

Néanmoins, il est reconnu que, au-delà d'a priori possibles, dont certains peuvent être justifiés, les A.A., les N.A., les J.A. et d'autres mouvements anonymes représentent un appoint complémentaire appréciable à la pensée et à l'approche de la dépendance et des conduites de dépendance, particulièrement dans leur perspective d'une maladie unitaire, quelles qu'en soient les formes ou facettes particulières.

Au sein du Pélican, notre propre regard aura toujours été celui de l'anthropologue respectueux et curieux d'un univers que l'on ne peut réellement saisir que par l'intérieur, mais dont les intentions et les modes de compréhension de la dépendance peuvent être utiles et enrichissants pour le monde médical classique.

G. et C. Bradfer, P. Raucy

Inventaire 1998 des groupes d'entraide

Pour rappel, le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes vient de publier son inventaire mis à jour des groupes d'entraide actifs en Communauté française de Belgique.

Plus de 150 associations sont répertoriées, avec pour chacune d'elles un maximum de détails pratiques en un minimum de place. Deux index, le premier thématique et le second alphabétique, facilitent grandement l'exploitation de cet outil.

Vous pouvez l'obtenir sur simple demande au service Promotion de la santé - UNMS, rue St-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles

Tél. 02/515 05 85 - Fax 02/515 02 07



Toxicomanies avec ou sans drogues

La métapsychologie des mouvements anonymes

Divers courants de la clinique actuelle en appellent, dans leur réflexion et leur pratique en rapport avec la notion d'addiction, à une extension du concept de dépendance et de conduites de dépendance¹.

Nous avons construit au Pélican une conception et une stratégie opérationnelle relative à la notion de toxicomanies avec ou sans drogues, à partir de notre expérience clinique personnelle autant que de notre compréhension des mouvements anonymes. Ceux-ci recourent implicitement au même concept d'une maladie unitaire de la dépendance dans leur approche commune de chacune des formes de celle-ci. Nous allons vous rendre compte successivement de ces deux types de réflexion et d'action alternatives.

Le Pélican²

Le Pélican est dans le champ des dépendances un modèle préventif médian entre l'approche médicale curative et celle des mouvements anonymes. Le Pélican développe dans l'ensemble de ses activités une politique de prévention diversifiée. Celle-ci vise à accompagner des personnes concernées par une dépendance stabilisée ou en voie de l'être.

Elle vise également à informer, autant qu'à sensibiliser en profondeur le public-relais des intervenants, de la nature et de l'utilité du self-help professionnalisé propres aux réunions comme apport éducatif et préventif complémentaire dans le champ des dépendances.

Nous partons de l'hypothèse qu'au sein de la personne du toxicomane malade, il existe une autre personne, saine. L'une et l'autre, en leur statut de patient ou d'homme sain, ont des besoins et requièrent des approches distinctes. Il existe celle de l'appareil scientifique et technique médical, dans une perspective curative, ou celle du self-help. Celui-ci se situe dans

une optique purement spontanée et non formelle au sein des mouvements anonymes. Il est professionnalisé et s'inscrit dans une perspective préventive au sein du Pélican.

En effet, le Pélican associe à son modèle psychologique médical préventif de dynamique de groupe, une méthodologie pédagogique professionnalisée du self-help, l'ensemble dans une perspective de prévention.

La spécificité du Pélican réside dans la notion d'une unité de vécu et de problématique face à une dépendance ancienne ou actuelle, que ce soit au jeu, à l'alcool ou à des relations affectives entre autres.

Elle se caractérise ensuite par la fraternité d'un compagnonnage commun face à des "épreuves", des incidents de vie semblables pour tous, dont les conséquences se marquent soit dans la vie publique (difficultés sociales, financières, juridiques, professionnelles ou autres), soit dans la vie privée (isolement et ruptures familiales, malaises physiques et troubles affectifs divers).

Tous ces incidents psycho-toxiques de vie, comme nous les appelons, trouvent leur source dans les compulsions irrésistibles qui caractérisent chacune des conduites addictives, qu'elles soient au jeu, à l'alcool, aux drogues, au tabac, aux aliments, aux émotions ou à des relations affectives dépendantes.

Ces répercussions négatives, personnelles et/ou sociales, propres à l'histoire de chacune de leur dépendance particulière (substantielle et/ou psychologique) tissent une trame unique au destin commun qui unit tous les participants. C'est d'une part perdurer des comportements nocifs par incapacité physique et/ou psychologique d'en contrôler la survenue et c'est d'autre part le refus d'en abandonner les sensations de soulagement du malaise intérieur et de plaisir qu'ils provoquent.

La cohésion du groupe naît donc de cette égalité d'expérience sur un chemin de vie tout au long duquel chacun

peut enseigner et/ou recevoir de l'autre ce qu'il sait ou ce qu'il aurait besoin de savoir en relation avec l'affranchissement de sa dépendance, à la façon d'une quête, initiatique et/ou spirituelle, de sagesse ou de lumière transcendante.

Les bientôt 20 années d'expérience du Pélican montrent qu'il existe un public demandeur de ces réunions, tant en fonction du profil de sa dépendance que du caractère paritaire et solidaire du climat de ses groupes.

Le Pélican répond à la demande de ce public. Celui-ci désire en effet un développement personnel complémentaire aux solutions classiques, dans un anonymat social, hors de tout contexte psychothérapeutique, à la façon d'école de vie, d'apprentissage réciproque à une meilleure qualité de vie.

Le Pélican s'inscrit ainsi comme un outil de prévention complémentaire au monde médical curatif ou aux mouvements anonymes dans l'accompagnement de personnes stabilisées ou en voie de l'être, dépendantes aux substances ou dépendants psychologiques.

Les mouvements anonymes

Nous avons théorisé notre notion opérationnelle d'unité des toxicomanies, avec ou sans drogues, dans le cadre préventif et selon le modèle pédagogique de self-help professionnalisé propre au Pélican, à partir de notre observation du modèle métapsychologique de l'ensemble des mouvements anonymes.

Cette métapsychologie trouve ses racines et son analogie dans la repré-

1. *L'école française présente une belle synthèse de cette nouvelle perspective: J.L. VENISSE «Les nouvelles addictions», Masson 1991; J.L. VENISSE - D. BAILLY «Dépendances et conduites de dépendance», Masson 1994 et J.L. VENISSE - D. BAILLY «Addictions: quels soins?», Masson 1997.*
2. *G. BRADFER Essai sur le modèle original du Pélican: «La prévention des dépendances à forme substantielle et/ou psychologique», 1996.*

l'humanité" précise que le nombre de cas de cancer devrait à tout le moins doubler dans la plupart des pays au cours des 25 prochaines années. Il y aura d'ici 2005 une augmentation de 33% des cancers du poumon chez les femmes et de 40% des cancers de la prostate chez les hommes, ne serait-ce que dans les pays de l'Union européenne. L'incidence de certains autres cancers est elle aussi en augmentation rapide, notamment dans les pays en développement.

Evoquant l'allongement spectaculaire de l'espérance de vie ces dernières années, le Dr Nakajima, Directeur-général de l'OMS, souligne: "Tout en nous félicitant de ces années supplémentaires qui nous sont offertes, nous devons reconnaître que, sans la qualité de la vie, une longévité accrue ne présente guère d'intérêt et que l'espérance de santé est plus importante que l'espérance de vie. La majorité des maladies chroniques sont évitables, mais ne peuvent pas encore être guéries. Il faut donc s'attacher à prévenir leur survenue prématurée, à retarder leur développement dans les dernières phases de l'existence, à alléger les souffrances dont elles sont la cause et à mettre en place un environnement social favorable à la prise en charge de personnes qu'elles ont handicapées"

Le Rapport fait ressortir les mesures prioritaires pour prévenir, soigner et si possible guérir les principales maladies non transmissibles. Du fait que bon nombre des maladies ont en commun quelques facteurs de risque essentiels, une approche intégrée et coordonnée de leur prévention s'impose. Il faut aussi sensibiliser et motiver les gens pour qu'ils adoptent des modes de vie sains.

Il conclut en soulignant que toute vie humaine a inévitablement une fin. Veiller à ce qu'elle survienne de la façon la plus digne, la plus chaleureuse et la moins douloureuse possible est un objectif dont le rang de priorité vaut tous les autres. C'est une priorité non seulement pour la profession médicale, le secteur de la santé ou les services sociaux, mais aussi pour la société, la communauté, la famille et l'individu.

"Le Rapport sur la Santé dans le monde, 1997: Vaincre la souffrance, enricher l'humanité" est disponible au prix de 15 francs suisses.

Pour plus de renseignement: Thomson Prentice, Communication pour la santé et Relations publiques, OMS, Genève, tél. (41 22) 791 4224, fax (41 22) 791 4870, adresse électronique: prentice@who.ch. ■

"Les femmes n'aiment pas la viande, et pourtant..."

Les femmes organisent et font les courses, elles cuisinent et servent les repas. La consommation alimentaire demeure un acte central dans leur vie. Epinglons quelques témoignages:

"La nourriture, c'est le plus important, car il faut bien manger pour avoir la santé. C'est plus important que les vêtements" dit une jeune femme d'Afrique Centrale.

"La nourriture de la famille passe par des mains habiles à couper, éplucher, écorcher, laver, pétrir, presser, mélanger, lier, bouillir, frire, rôtir, huiler, dégraisser, oindre, sucrer, saler, diluer, sans que l'on ne parle jamais ni d'art ni de métier mais toujours de "nature". C'est la première équivoque" dira Dacia Maraini dans "Main de femme à l'oignon", in "L'honnête volupté". Deux paroles parmi d'autres pour parler de la nourriture et du repas.

Pour en revenir à la question de la viande, les femmes ne sont pas preneuses, du moins dans la population étudiée. Elles préfèrent le poisson, les œufs, les pâtes, le potage. Pourquoi? Parce que la viande est plus chère, qu'elle a moins de goût qu'avant et qu'elle n'est plus sûre, parce qu'il faut tuer les animaux et parce que c'est une corvée de la préparer.

Et pourtant elles cuisinent: "Pour mon mari, c'est important d'avoir de la viande" et "S'il n'y a pas de viande, c'est une catastrophe. Il dit qu'il a travaillé et qu'il y a droit." Dans cette étude, d'autres points de vue sont étudiés comme l'art de cuisiner, la difficulté de parler en son nom propre, la signification du bien manger.

Et finalement, les habitudes alimentaires sont-elles un thème porteur? Oui, parce que la cuisine est un espa-

ce où la femme peut encore exercer une certaine maîtrise et parce que l'alimentation est un chapitre à propos duquel toutes les femmes ont quelque chose à dire. Non, car il s'agit d'une zone privée, hautement individualiste et intouchable politiquement, une zone où la femme est à la fois sujette au mécanisme de la consommation imposé par la société et sujette aux contraintes de maîtresse de maison.

En bref: touche pas à mes casseroles!

"La viande dans les habitudes alimentaires des femmes de milieu populaire" Enquête en Communauté française de Belgique, rapport final, octobre 1997. Vie Féminine, rue de la Poste 111, 1030 Bruxelles: Tél.: 02/227.13.00. ■

Les règles d'or de l'OMS pour la préparation d'aliments sains

1. Choisir des aliments ayant subi un traitement assurant leur innocuité

Si de nombreuses denrées alimentaires telles que les fruits et les légumes sont préférables à l'état naturel, d'autres sont carrément dangereuses lorsqu'elles n'ont pas été traitées. C'est ainsi qu'il faut toujours acheter du lait pasteurisé, et non du lait cru, et choisir si possible de la volaille fraîche ou congelée, traitée aux rayonnements ionisants. En faisant votre marché, souvenez-vous que les procédés de traitement des aliments ont été inventés pour les rendre plus sûrs et en prolonger la durée de conservation. Lavez très soigneusement les aliments tels que la salade qui se consomment crus.

2. Bien cuire les aliments

De nombreuses denrées alimentaires crues, et plus spécialement la volaille, la viande et le lait non pasteurisé, sont très souvent contaminées par des germes pathogènes. Une bonne cuisson détruira les germes pathogènes mais à la condition que toutes les parties de l'aliment soient portées à une température d'au moins 70°C. Si la viande de poulet est encore rose au-

tour des os, remettre le poulet au four jusqu'à ce qu'il soit bien cuit jusqu'au centre. La viande, la volaille et le poisson congelés doivent être complètement décongelés avant la cuisson.

3. Consommer les aliments immédiatement après leur cuisson.

Lorsque des aliments cuits refroidissent à la température ambiante, les microbes commencent à proliférer. Plus ils attendent, plus le risque est grand. Pour plus de sécurité, consommez les aliments cuits dès leur cuisson terminée.

4. Conserver les aliments cuits avec soin

Si vous devez préparer des aliments à l'avance ou si vous voulez garder les restes, veillez à les conserver à haute température (environ 60°C ou plus) ou à basse température (à -10°C ou moins). C'est là une règle capitale lorsque les aliments doivent être conservés pendant plus de 4 à 5 heures. Il est préférable de ne pas garder des aliments préparés pour les nourrissons. On commet souvent l'erreur, responsable d'innombrables maladies d'origine alimentaire, de mettre un aliment chaud au réfrigérateur en quantité trop importante. Dans un réfrigérateur trop rempli, les aliments cuits ne peuvent refroidir jusqu'au centre assez rapidement. Lorsque le milieu de l'aliment reste chaud (plus de 10°C) trop longtemps, les microbes prolifèrent et atteignent rapidement des niveaux pathogènes.

5. Bien réchauffer les aliments cuits

C'est la meilleure protection contre les microbes qui se sont développés pendant la conservation (de bonnes conditions de conservation ralentissent la croissance microbienne mais n'éliminent pas les germes). Une fois encore, bien réchauffer signifie porter la température de la totalité de l'aliment à 70°C au moins.

6. Éviter tout contact entre des aliments crus et des aliments cuits

Un aliment bien cuit peut être contaminé au moindre contact avec un aliment cru. La contamination peut être directe lorsque, par exemple, de la volaille crue est mise en contact avec des aliments cuits. Mais elle peut aussi être plus insidieuse. Par exemple,

après avoir préparé un poulet cru, n'utilisez pas la même planche à découper et le même couteau non lavés pour découper la volaille cuite. Vous réintroduiriez ainsi tous les risques de croissance microbienne et de maladie présents avant la cuisson.

7. Se laver fréquemment les mains

Lavez-vous soigneusement les mains avant de commencer à cuisiner, y compris après chaque interruption, surtout si vous avez changé votre bébé ou si vous êtes allé aux toilettes. Après avoir manipulé des aliments crus comme du poisson, de la viande ou de la volaille, lavez-vous de nouveau les mains avant de toucher d'autres aliments. Si en outre, vous avez une plaie aux mains, mettez un pansement ou couvrez la partie infectée avant de préparer des aliments. Souvenez-vous aussi que les animaux domestiques, les chiens, les oiseaux et en particulier les tortues, hébergent souvent des germes dangereux qui peuvent passer de vos mains aux aliments.

8. Veiller à ce que toutes les surfaces de la cuisine soient d'une propreté absolue

Les aliments étant très facilement contaminés, toutes les surfaces servant à leur préparation doivent être parfaitement propres. Il faut se dire que tout débris d'aliment, toute miette et toute tache est un réservoir potentiel de microbes. Les linges qui sont en contact avec les plans et les ustensiles doivent être changés chaque jour et bouillis avant d'être réutilisés. Les torchons servant à laver le sol doivent aussi être lavés fréquemment.

9. Protéger les aliments des insectes, des rongeurs et des autres animaux

Les animaux sont souvent porteurs de germes pathogènes responsables de maladies d'origine alimentaire. La meilleure protection consiste à conserver les aliments dans des récipients bien fermés.

10. Utiliser de l'eau pure

L'eau pure est aussi importante pour la préparation des aliments que pour la boisson. En cas de doute, faites bouillir l'eau avant de vous en servir pour la préparation d'aliments ou la confection de glaçons. Soyez particulièrement vigilants lorsqu'il s'agit

d'eau servant à préparer le repas d'un nouveau-né.

L'Organisation mondiale de la santé considère les maladies dues à la contamination des aliments comme l'un des problèmes de santé les plus répandus dans le monde d'aujourd'hui. Chez les nouveau-nés et les personnes âgées, les conséquences peuvent être mortelles. Protégez votre famille en suivant ces règles simples. Elles réduiront sensiblement le risque de maladie d'origine alimentaire.

Ces informations vous sont communiquées par le projet "Liège Province Santé" de l'Organisation mondiale de la santé. "Liège Province Santé", Maison de la Qualité de Vie, Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège. Tél.: 04/349.51.33. Fax: 04/349.51.35. ■

Ecoute parents !

"Mon bébé pleure toutes les nuits !... Je n'en peux plus..."

"Mon fils a été violent envers moi, je l'élève seule et suis dépassée..."

"Ma fille ne cherche pas de boulot et l'atmosphère est intenable à la maison..."

"Mon adolescent est en échec sur toute la ligne: l'école, les copains..."

Télé-Parents écoute les parents et tous ceux qui ont en charge l'éducation d'enfants petits ou grands. L'École des Parents et des Educateurs de Belgique, en partenariat avec la Ligue des Familles, a réuni une équipe de personnes spécialement formées à l'écoute par téléphone et informées sur des questions d'ordre éducatif, de droit familial, de santé,...

Un seul numéro pour toute la Belgique: 070/233.757.

Renseignements: Ecole des Parents et des Educateurs, rue Léon Bernus 14, 6000 Charleroi, tél./fax 071/31.47.21.

Entre vous et nous, une histoire de loup

La santé, les jeunes, la citoyenneté... Inviter les Louviérois à venir s'exprimer un samedi tout entier sur ces thèmes à l'occasion d'un forum joliment baptisé "Entre vous et nous, une histoire de loups", tel est le défi récemment lancé par une belle poignée d'institutions partenaires au sein de la coordination "Ville-Santé" de La Louvière: le Centre de guidance, le Centre pour jeunes "Indigo", le Centre de santé de Bracquennes, le Centre local de promotion de la santé, la Ligue des familles, MJT Espace Jeunes, l'association des kinésithérapeutes du Centre.

Le forum de Saint-Vaast, l'aboutissement d'un projet

"Cette journée, explique Chantal Sadzot, coordinatrice de La Louvière Ville-Santé, est née de tout un cheminement. Lors de la Journée Mondiale sans tabac de 1995, nous avons entamé une collaboration avec le Centre pour jeunes "Indigo". Nous avons constaté que les jeunes n'accrochaient pas vraiment à la thématique.

La santé, pour eux, c'est quelque chose de diffus, en tout cas d'intégré dans un environnement de vie. De là a germé l'idée de lancer un appel à la création d'une exposition en lien avec l'environnement urbain.

En novembre 97, cela a donné l'exposition "Avoir 20 ans à La Louvière, ma ville, je la regarde, je la sens". Des visites guidées de l'exposition ont été proposées à des groupes de jeunes. Elles ont été des lieux d'expression pour eux. Ils sont demandeurs de lieux d'information, d'écoute et de rencontre."

Le forum s'est inspiré de cette exposition et de la journée d'étude et de réflexion qui a suivi sa réalisation et son exploitation en décembre 97. Il a été conçu comme un outil pour recueillir les avis, les suggestions sur quatre questions qu'exposition et journée d'étude et de réflexion avaient dégagées.

Quatre ateliers

Ce 24 janvier, quatre ateliers ont permis aux jeunes et moins jeunes, au total quelque 80 participants, de prendre la parole.

Le premier atelier portait sur "les lieux de vie des jeunes et des moins jeunes".

Quelles sont les actions qui devraient être menées pour penser, construire, aménager les quartiers, les lieux publics, les lieux de loisirs, l'école... pour permettre davantage le bien-être physique, mental et social ?

Le deuxième atelier s'intéressait à "la participation des jeunes à la vie de la cité".

Quels sont les aspects de la vie collective dans lesquels les jeunes pourraient participer ?

Que faudrait-il faire pour favoriser la participation active et la responsabilisation des jeunes à cette vie collective ?

Le troisième atelier était consacré à "la cohabitation des générations et des communautés dans la cité".

Quelles actions devraient être menées pour favoriser la cohabitation entre les générations et les communautés vivant dans l'entité louviéroise ?

Le quatrième atelier, enfin, visait "les jeunes et les familles et la gestion de la santé".

Quels sont les besoins des jeunes et de leur famille en matière d'information, de services d'accueil et d'écoute pour une meilleure promotion de la santé physique, mentale et sociale ?

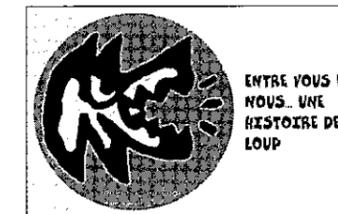
Quelques éléments "clés" du forum

Communication, participation, accessibilité, coordination, meilleure gestion des biens publics... autant de mots sans cesse évoqués.

En ce qui concerne les lieux de vie des jeunes et des moins jeunes, les participants plébiscitent un dialogue entre citoyens et pouvoirs publics au sujet des investissements en matière d'urbanisme.

L'aménagement du territoire doit viser à casser l'isolement, à favoriser la convivialité. Pourquoi par exemple, ne pas remplacer les grilles d'un parc par un gardiennage humain, de plus créateur d'emploi ?

Au sujet de la participation des jeunes à la vie de la cité, jeunes et moins jeunes estiment qu'elle serait favorisée par une



réelle coordination entre les acteurs de la cité. Des jeunes informés sur les activités de la cité seraient d'autre part plus susceptibles d'y participer!

Proposition a été faite de créer un guide concernant les activités de la région et d'intensifier l'affichage et l'information en trouvant des relais dans les quartiers (services de proximité).

Dans le troisième atelier, il est question de cohabitation des générations et des communautés dans la cité. Là aussi, les réflexions conduisent à solliciter davantage d'informations sur les possibilités de rencontres intergénérationnelles, par exemple sous la forme d'un répertoire où seraient recensés les lieux et les occasions de rencontres. Il serait rédigé dans plusieurs langues et d'une écriture simple.

Quant au dernier sujet de préoccupation, la gestion de la santé par les jeunes et la famille, il a donné lieu à l'expression de regrets ; ceux du coût des soins de santé et d'une communication parfois difficile avec les professionnels de la santé.

Et après le forum...

Surtout donner suite au projet, c'est là une des préoccupations bien légitime de tous les citoyens louviérois. Les partenaires du projet Ville-Santé entendent bien intégrer les conclusions du forum dans l'élaboration des stratégies et de la mise en place de programmes de promotion de la santé en collaboration avec des citoyens louviérois désireux de participer au développement et à la vie de leur cité.

Une première réunion de travail a d'ailleurs déjà été programmée dans le courant du premier trimestre 1998.

La Cellule Communication de l'Observatoire de Santé en Hainaut, La Louvière Ville-Santé, et le Centre local de promotion de la santé de La Louvière