



Ottawa : une génération de promotion de la santé

NE PARAÎT PAS EN AOÛT | BUREAU DE DÉPÔT : BRUXELLES X - ISSN 0776-2623 | NUMÉRO D'AGRÉATION : P401139

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Crédit photo : Fotolia. *La Tour de la Paix du Parlement d'Ottawa*

La contraception des jeunes

Une évaluation de l'Agence intermutualiste

En mai 2004, une mesure visant à « *lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes par un meilleur accès aux moyens contraceptifs* »¹ a été mise en place au niveau fédéral. Elle visait en outre à améliorer l'accès des jeunes femmes à la contraception et notamment à la contraception d'urgence, à établir un système de remboursement pour tous les moyens contraceptifs fiables et à stimuler les médecins à prescrire des pilules meilleur marché et conformes aux recommandations internationales.

Cette mesure « *contraception jeunes* » concerne exclusivement **les jeunes filles et jeunes femmes jusqu'à l'âge de 20 ans inclus** et consiste en un meilleur remboursement de **tous les moyens contraceptifs fiables**, obtenus sur prescription auprès des pharmaciens (une liste de ces contraceptifs est remise à jour mensuellement). Sont visés : pilules, stérilets, patchs, anneaux vaginaux et implants. Grâce à ce meilleur remboursement, certaines pilules sont désormais gratuites. À noter que les préservatifs ne sont pas concernés par cette mesure.

C'est dans le cadre d'une convention spécifique (article 56²) entre l'INAMI, les organismes assureurs et les pharmaciens que cette mesure a été concrétisée et financée. Pour 2010, l'enveloppe budgétaire était de 8,3 millions d'euros³. En outre, de 2004 à 2006, des campagnes d'information et de distribution gratuite de préservatifs ont accompagné le lancement de cette mesure.

Mais au final, cette mesure atteint-elle les objectifs fixés ? Constate-t-on un accroissement du nombre de jeunes femmes ayant acheté un contraceptif ? Qui sont-elles ? Quel type de contraceptifs consomment-elles et combien ? Leur prescrit-on plus de contraceptifs bon marché afin de favoriser leur utilisation ? Combien tout cela coûte-t-il ? Et, *last but not*

least, une amélioration de l'accès à la contraception a-t-elle un impact sur les grossesses précoces ? Telles sont les questions auxquelles a essayé de répondre l'Agence intermutualiste (AIM), chargée d'évaluer cette mesure. Dans le cadre de cet article, nous présentons et reprenons les résultats principaux du rapport final, qui analyse les quatre premières années de mise en place de cette mesure.

Méthode et données utilisées

L'AIM collecte et regroupe des données administratives et de remboursement de soins de santé auprès des sept organismes assureurs (les cinq unions nationales de mutualités et deux caisses de soins⁴) qui ont pour mission d'exécuter l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (AO) au bénéfice de leurs membres.

Dans le présent cadre d'évaluation, ce sont les données relatives à la consommation de contraceptifs remboursés entre 2002 et 2007 qui ont été rassemblées, pour la population des jeunes de sexe féminin âgées de 12 à 20 ans inclus (soit 550.775 personnes, en 2007). La date de délivrance est considérée comme date de référence à partir de laquelle se calcule la consommation annuelle de contraceptifs. Pour déterminer et pouvoir comparer le volume de cette consommation, c'est la notion de DDD (*defined daily dose*) qui a été choisie en guise d'unité de mesure. Elle correspond à la quantité de produit équivalente à une dose journalière standard pour un adulte.

Des données de soins de santé ont été également rassemblées afin de pouvoir identifier les cas de grossesse. Ceux-ci sont détectés sur base de codes de la nomenclature relative aux *accouchements*, aux interventions et soins pour les *fausses couches* et aux *interruptions volontaires de grossesse*.

Le fait d'être bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est considéré comme 'marqueur' du statut social. Ce régime préférentiel de remboursement est octroyé à certaines catégories sociales dont les revenus sont faibles⁵ (VIPO, bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, omnia...). Pour les jeunes filles « à charge » (au sens de l'assurabilité) de leurs parents, il s'agit de tenir compte du régime de remboursement du titulaire dont elles dépendent.

■
Les jeunes filles BIM jusqu'à 15 ans ont davantage recours aux contraceptifs. Ceci pourrait correspondre au fait que les jeunes filles socialement plus défavorisées ont une activité sexuelle plus précoce. Par contre, à partir de 16 ans, les jeunes femmes BIM utilisent proportionnellement moins de contraceptifs.
■

Le fait de recourir aux données de l'AIM garantit bien l'exhaustivité des informations relatives aux soins remboursés dans le cadre de l'AO : toutes les jeunes femmes inscrites auprès d'une mutualité sont bien reprises dans ces données. Par contre, les moyens contraceptifs diffusés par d'autres canaux, notamment gratuitement par les Centres de planning familial, ne sont pas repris dans ces données. De même, la mesure s'applique à toute une série de contraceptifs qui n'étaient pas remboursés avant l'introduction de la mesure en mai 2004. Pour ces contraceptifs, il est donc très difficile d'évaluer correctement l'évolution des volumes consommés puisque nous n'avons aucune idée du niveau de leur consommation préalable.

1 Repris de l'Arrêté Royal du 24-03-2004 (MB 29-03-2004) qui instaure la mesure « *contraception jeunes* ».

2 Les conventions dites 'article 56' (en référence à cet article de la loi sur l'assurance obligatoire soins de santé) constituent un instrument souple à disposition de l'INAMI permettant le financement d'études et de mesures expérimentales. Les dépenses liées à l'exécution de ces conventions sont imputées sur les frais d'administration du service de soins de santé de l'INAMI.

3 AR 26-08-2010 (MB 15-09-2010)

4 La Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité, la Caisse de soins de santé de la SNCB.

5 Voir : http://www.riziv.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_4.htm

Enfin, rappelons aussi que les données étudiées ici apportent uniquement des informations sur le volume de contraceptifs **remboursés et délivrés**, en guise d'indice de consommation. Mais elles ne livrent aucune information sur la manière effective dont ceux-ci sont utilisés ainsi que sur le volume de contraceptifs prescrits mais non délivrés ou sur ceux qui ont bien été délivrés mais non remboursés par l'AO.

Proportion de jeunes femmes ayant recours à la contraception et volume de contraceptifs délivrés

Globalement, en tant que système de remboursement des moyens contraceptifs, la nouvelle mesure fonctionne bien. Depuis son entrée en vigueur, la proportion de jeunes ayant eu recours à (au moins) un des contraceptifs remboursés progresse régulièrement : de 28,7 % en 2004 à 31,6 % en 2007. Comme on peut le voir dans le tableau 1, cette proportion varie selon l'âge : très faible dans la tranche 12 à 14 ans, elle est de l'ordre de 30 % dans la tranche 15 à 17 ans et de 56 à 59 % dans la tranche 18 à 20 ans.

Ces proportions sont-elles plus importantes qu'avant la mesure ? Il semble que ce soit bien le cas : en 2002 et 2003, la proportion globale de consommatrices est de l'ordre de 22 à 23 %. Mais attention, les données relatives en 2002 et 2003 ne concernent que les contraceptifs remboursés à l'époque par l'AO : tous les contraceptifs visés par la mesure n'étaient pas remboursés et, par conséquent, les données sont incomplètes pour cette période. Toutefois, l'évolution de contraceptifs déjà remboursés avant 2004 montre une tendance similaire. La proportion de jeunes filles couvertes pour une année complète est en augmentation mais reste globalement faible : 20 % en 2004, 29 % en 2007. Cette dernière proportion augmente avec l'âge : ainsi, en 2007, elle est de 13 % chez les 12-14 ans, de 25 % chez les 15-17 ans et de 33 % chez les 18-20 ans.

Qu'en est-il de l'accessibilité à la contraception selon le statut social des jeunes femmes ? Globalement, la proportion de consommatrices chez les BIM est plus faible (30 %) que celle observée auprès des autres jeunes femmes (32 %). Si cet écart apparaît faible, il n'en va

Tableau 1 : Proportion de consommatrices (au moins un contraceptif délivré) par rapport à la population par âge pour la Belgique

CATÉGORIES D'ÂGE	2002	2003	2004	2005	2006	2007
12-14 ANS	1,6 %	1,6 %	2,4 %	2,4 %	2,7 %	2,8 %
15-17 ANS	21,0 %	21,0 %	28,8 %	29,6 %	30,3 %	31,8 %
18-20 ANS	47,0 %	45,0 %	56,3 %	57,9 %	58,3 %	58,7 %
12-20 ANS	23,0 %	22,0 %	28,7 %	29,6 %	30,5 %	31,6 %

Données AIM

pas de même quand on examine cette proportion par âge : les jeunes filles BIM jusqu'à 15 ans ont davantage recours aux contraceptifs. Ceci pourrait correspondre au fait que les jeunes filles socialement plus défavorisées ont une activité sexuelle plus précoce. Par contre, à partir de 16 ans, les jeunes femmes BIM utilisent proportionnellement moins de contraceptifs, l'écart avec les autres jeunes femmes allant en s'accroissant. Or, comme on le verra plus loin, les grossesses sont plus fréquentes dans cette tranche d'âge et pour ces jeunes femmes.

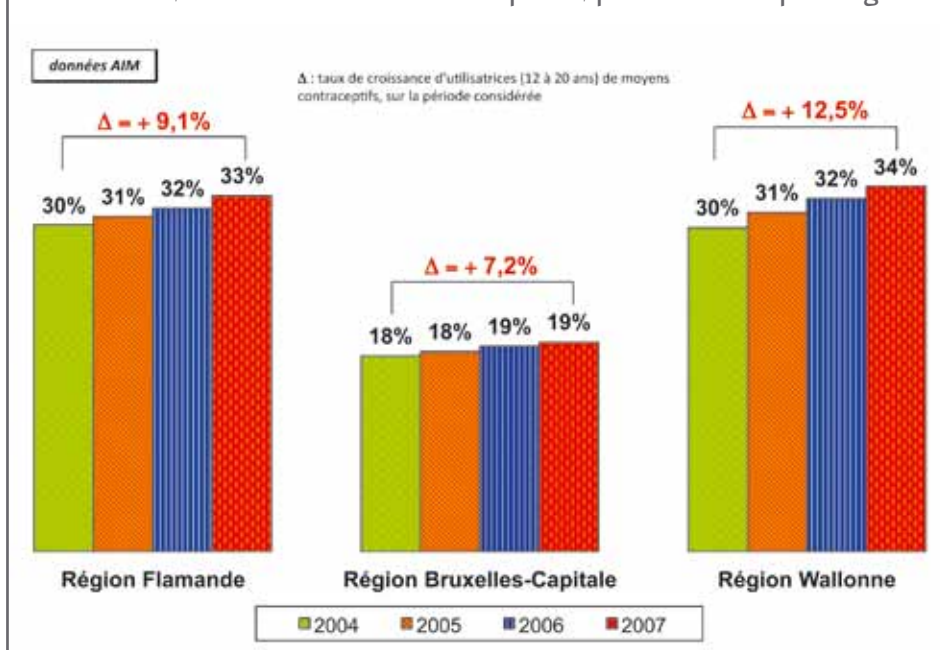
Entre 2004 et 2007, la proportion de jeunes femmes ayant eu recours aux moyens contraceptifs s'accroît dans les trois régions du pays (figure 1). Cela dit, à Bruxelles, cette proportion est bien plus faible (18 à 19 %) que dans les deux autres régions (30 à 34 %) et croît moins vite. Cette différence régionale per-

siste même après standardisation pour l'âge et le régime de remboursement (BIM ou assurée ordinaire).

Elle pourrait s'expliquer par un certain nombre de facteurs culturels : le *Tableau de bord de la santé en région bruxelloise* (2010) nous apprend que « près de la moitié (47 %, en 2007) des bébés bruxellois ont une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement ». Par ailleurs, Haelterman E et al. (2007) indiquent (sur les données de la région bruxelloise entre 1998 et 2004) que : « la proportion de mères très jeunes (moins de 20 ans) est particulièrement élevée parmi les mères turques (9,9 %) et d'Europe de l'Est (6,2 %) » suivies par les mères d'Afrique subsaharienne (4,9 %) et les mères maghrébines (4,5 %). En comparaison, la proportion de mères de nationalité belge de moins de 20 ans était de 2,5 %.

Ceci montre que les différences de compor-

Figure 1 : Proportion de jeunes filles et jeunes femmes, entre 12 et 20 ans, utilisatrices de contraception, par année et par région



tement face à la contraception ne sont pas uniquement expliquées par le statut socio-économique des jeunes filles : les facteurs sociaux, culturels et psychologiques sont peut-être même plus importants. Dès lors, une meilleure accessibilité financière n'est qu'un des leviers pour favoriser la contraception et diminuer le nombre d'interruptions de grossesse chez les adolescentes.

Grossesse et contraception

Un des buts de la mesure est d'éviter les grossesses non désirées. Le rapport de l'AIM présente beaucoup de données quant aux grossesses des jeunes filles et jeunes femmes, à leur issue et au lien à faire avec une éventuelle contraception préalable.

Globalement, la proportion de jeunes entre 12 et 20 ans ayant été enceintes au cours de l'année est de l'ordre de 13 pour mille. Cette proportion est très stable au cours du temps (de 2002 à 2007) et varie en fonction de divers critères d'analyse :

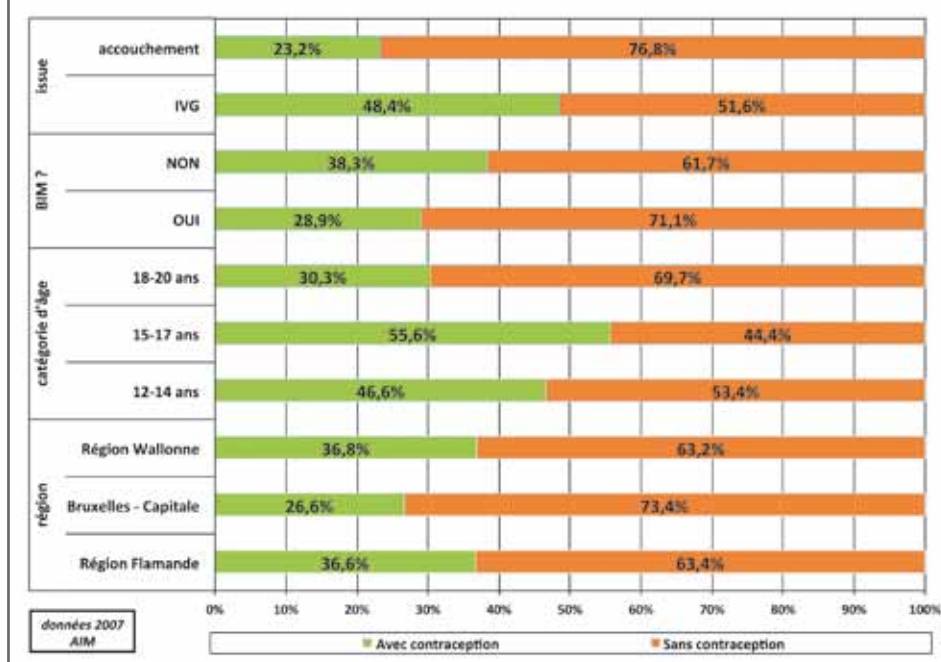
L'âge. Comme attendu, la proportion de jeunes femmes enceintes augmente avec l'âge. Pour les jeunes filles de 12 à 14 ans, cette proportion est très marginale : **0,5 pour mille**. Pour celles entre 15 et 17 ans, elle augmente à **7 pour mille**. Enfin, pour les 18 à 20 ans, elle s'établit à **31 pour mille**. 80 % des grossesses sont détectées dans cette dernière catégorie d'âge. Les différences entre catégories d'âge sont identiques d'année en année.

Le régime de remboursement (BIM versus non BIM). La proportion de jeunes femmes (de 12 à 20 ans) enceintes est bien plus importante quand elles bénéficient de l'intervention majorée : **35 pour mille** contre **10 pour mille** pour les assurées ordinaires.

La région. Sans surprise, cette proportion est plus élevée à Bruxelles (**19 pour mille**) que dans les autres régions du pays (Wallonie : **17 pour mille**, Flandre : **10 pour mille**). Cette différence régionale persiste après standardisation pour l'âge et le régime de remboursement.

La proportion de jeunes femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) augmente faiblement de 5,3 pour mille en 2002 à 6,1 pour mille en 2007. Deux tiers de ces IVG sont réalisées dans des centres conventionnés. Globalement, en 2007, 46 % des grossesses ont été interrompues. L'issue

Figure 2 : Pourcentage de jeunes filles et jeunes femmes de 12 à 20 ans ayant consommé ou non au moins un contraceptif avant leur grossesse



des grossesses varie également en fonction de l'âge et du régime de remboursement.

L'âge. Pour les jeunes filles de 12 à 14 ans, 90 % des grossesses se terminent par une IVG. Pour celles entre 15 à 17 ans : 70 %. Et, pour la catégorie d'âge de 18 à 20 ans, 40 %. Ces pourcentages sont relatifs à 2007 et sont en augmentation, pour toutes les catégories d'âge.

Le régime de remboursement (BIM versus non BIM). En 2007, 37 % des grossesses chez les jeunes femmes bénéficiant de l'intervention majorée se terminent par une IVG. Pour les autres jeunes femmes, assurées ordinaires, ce pourcentage est plus élevé : 48 %.

De tels pourcentages posent la question des grossesses 'non prévues' (terme préféré à 'non désirées') pour un certain nombre de jeunes femmes. Et ce, d'autant plus lorsque l'on fait le lien avec la consommation préalable de contraceptif avant la grossesse.

Au vu des pourcentages répertoriés à la figure 2, il semblerait que l'accès à la contraception ne permette pas forcément d'éviter la grossesse. **Parmi les jeunes femmes enceintes, 35,4 % d'entre elles ont eu au moins une délivrance de contraceptif dans l'année qui précède l'issue de la grossesse** (accouchement ou IVG). Ce dernier pourcentage est en augmentation : 31,4 % en 2005, 34,3 % en 2006. Il varie également en fonction de di-

vers critères d'analyse (voir la même figure). **L'issue de la grossesse.** Parmi les jeunes femmes qui ont interrompu leur grossesse, 48,4 % avaient eu recours à la contraception. Par contre, pour celles qui ont mené leur grossesse à terme (ou qui s'est terminée par une fausse couche), ce pourcentage est de 23,2 %. **La région.** Pour la Flandre et la Wallonie, ce pourcentage est quasi identique (37 %). Par contre à Bruxelles, la proportion de jeunes femmes enceintes mais ayant eu recours à la contraception est beaucoup plus faible : 27 % (22,4 % en 2005, 24,6 % en 2006). Comme nous l'avons vu précédemment, une piste d'explication renvoie aux caractéristiques culturelles spécifiques de la population des jeunes filles bruxelloises.

L'âge. Pour 70 % des jeunes femmes enceintes de 18 à 20 ans, il n'y a pas eu prise de contraceptif dans l'année qui précède l'issue de leur grossesse. On peut supposer, ici, qu'un certain nombre de ces grossesses pourraient être « désirées ». Par contre, pour la catégorie d'âge de 12 à 14 ans, 47 % ont eu recours à au moins un contraceptif dans l'année qui précède l'issue de leur grossesse. Et ce pourcentage est de 55,4 % pour la catégorie d'âge 15 à 17 ans. **Le régime de remboursement (BIM versus non BIM).** La proportion de jeunes femmes enceintes à qui un contraceptif a été délivré est

plus faible chez celles qui bénéficient de l'intervention majorée (29 %) que chez celles qui n'en bénéficient pas (38 %).

De toutes ces informations, il ressort très clairement que les jeunes femmes ne sont pas égales face au risque de grossesse. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (donc socialement moins favorisées par rapport aux autres jeunes femmes) ont bien plus de 'chances' d'être enceintes. Elles ont moins souvent eu recours à la contraception avant de tomber enceinte et leur grossesse se termine plus souvent par un accouchement que par une interruption volontaire de grossesse. Par ailleurs, compte tenu du fait que la proportion d'IVG est inversement proportionnelle à l'âge des jeunes femmes enceintes, que près de la moitié des jeunes filles de 12 à 17 ans enceintes ont eu au moins une délivrance de contraceptif dans l'année qui précède l'issue de cette grossesse, on peut se poser (à nouveau) la question de la pertinence des moyens contraceptifs proposés (pilules nécessitant une prise régulière) et le niveau d'information des jeunes femmes par rapport à leur utilisation. Enfin, le profil particulier des jeunes Bruxelloises en matière de grossesse et de contraception montre que des facteurs culturels sont à prendre en considération.

Recommandations finales du rapport

Au vu des résultats, le bilan de la mesure « contraception jeunes » est mitigé. Dans sa formule actuelle, elle n'atteint que partiellement ses objectifs et n'apparaît pas efficiente, ce qui n'a toutefois pas empêché sa reconduction pour l'année 2010 !

Améliorer l'accessibilité financière des moyens contraceptifs afin d'éviter des grossesses non désirées ne suffit pas. Ce n'est qu'un des aspects de l'accès à la contraception : l'accessibilité sociale, culturelle et psychologique sont primordiales. Ou comme le souligne le GACEHPA (2006) : face aux phénomènes de mineures enceintes, les facteurs d'explication ne sont pas « *univoques, une multiplicité de raisons expliquent les grossesses précoces : des pratiques sexuelles qui débutent à un jeune*

âge, une information contraceptive déficiente ou une résistance à celle-ci, un désir de grossesse énoncé ou inconscient ; [...] des relations familiales dysfonctionnelles ; [...] la recherche d'un nouveau statut social dans la société qui n'offre pas de place très claire aux adolescents ou encore la répétition du modèle familial ; [...] la prise de risque liée à l'adolescence ; [...] les facteurs liés à l'entourage ».

Dès lors, comment améliorer l'efficacité de la contraception auprès des jeunes ? Le rapport final de l'AIM fait, à ce sujet, un certain nombre de recommandations :

À l'instar de la France et des Pays-Bas, **rendre gratuit l'accès à la contraception** par l'application du tiers-payant pour les jeunes femmes lors d'une consultation auprès d'un médecin généraliste et dans les centres de planning familial. D'autres mesures pourraient complétement diminuer le coût réel de la contraception : la gratuité d'un éventail de pilules œstro-progestatives ainsi que des implants contraceptifs ; l'introduction du droit de substitution pour les contraceptifs au niveau des pharmaciens, afin de garantir l'accès aux pilules meilleur marché.

Travailler à une communication claire sur la prévention des grossesses précoces et l'accès à la contraception, communication destinée tant aux prestataires de soins, aux jeunes et aux enseignants qu'à la population en général. De façon concomitante, il convient encore et toujours de rappeler très clairement la nécessité de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles (ce qui permet de s'adresser d'ailleurs aux jeunes garçons comme aux filles).

Investir dans des politiques de prévention adaptées aux différents publics visés en portant une attention particulière aux jeunes femmes socialement moins favorisées, aux jeunes Bruxelloises (où les grossesses précoces sont plus fréquentes et la contraception moins présente) ; en adaptant la prescription en fonction du vécu des jeunes femmes et en considérant davantage les dispositifs contraceptifs de longue durée ; en améliorant l'éducation sexuelle et affective dans les écoles⁶ et auprès des populations défavorisées.

Et comme précisé par le rapport 2008 de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, « *cette prévention passe par la promotion du respect de soi-même et de l'autre et par une prise de responsabilité à l'égard d'un tiers potentiel* ».

Anne Remacle (R&D ANMC – Agence intermutualiste), et **Catherine Lucet** (UNMS – Agence Intermutualiste), en collaboration avec **Hervé Avalosse** (R&D ANMC)
Cet article est une version abrégée d'un article publié dans le n° 243 de MC-Informations (mars 2011).

Bibliographie

- Lucet C, Remacle A, Devos C, Ceupens A. 2007. *La mesure contraception-jeunes – Année 2004-2005*. Rapport de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles.
- Lucet C, Remacle A. 2008. *La mesure contraception-jeunes – Rapport intermédiaire n°2, année 2005-2006*. Rapport de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles.
- Lucet C, Remacle A. 2008. *La mesure contraception-jeunes – Rapport final, 2004-2007*. Rapport de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2010. *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*. Commission communautaire commune, Bruxelles.
- Haelterman E, De Spiegelaere M, Masuy-Stroobant G. 2007. *Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004*. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune.
- Rapport de la Commission Nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse (loi du 13 août 1990). 2008. *Rapport à l'intention du Parlement (1^{er} janvier 2006 – 31 décembre 2007)*. Bruxelles. Document législatif n° 4-1137/1.
- Moreau N, Swennen B, Roynet D et l'équipe du GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant des Avortements). 2006. *Étude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention ?*

⁶ Aux Pays-Bas, des campagnes de communication véhiculant des messages positifs non moralisateurs sur la sexualité des adolescents et les comportements de protection sont régulièrement organisées. L'éducation sexuelle et affective débute dès l'école primaire et fait partie intégrante du programme en secondaire. Cette formation comporte un important volet sur l'importance de la communication et de la négociation entre partenaires.

Les jeunes et l'addiction, d'un paradoxe à l'autre

Quel type de profil a le jeune d'aujourd'hui face à la consommation d'alcool, de tabac, de drogues et de jeux d'argent ? Le CRIOC a mené une enquête quantitative auprès de jeunes âgés de 10 à 17 ans dans les écoles de Belgique entre octobre et novembre 2010. Les résultats ont permis d'établir cinq profils de jeunes consommateurs. On remarque que la cohérence de leurs propos n'est pas toujours en adéquation avec leurs comportements.

Les candides

Ce sont les jeunes 'responsables', ils représentent la grande majorité, avec 48 %. Ce sont des jeunes généralement contents de leur vie familiale, amicale et scolaire, qui ont une hygiène de vie satisfaisante et des passe-temps variés. Le groupe des candides estime que la vente de cigarettes devrait être interdite et que l'école devrait être un lieu où le tabac devrait être banni.

Actuellement, ces jeunes avouent toutefois fumer, souvent en cachette de leurs parents. Quant au cannabis, ils sont en majorité conscients des dangers et insistent sur l'importance du dialogue dans la prévention et sur le rôle des parents. L'usage de cannabis se fait le plus souvent en groupe, dans un cadre festif et est souvent combiné avec la consommation d'alcool. À noter que près de 50 % de ces jeunes candides ont déjà consommé des boissons alcoolisées et que cette consommation a débuté très tôt, vers l'âge de 12 ans. Les jeunes candides sont surtout des Bruxellois, âgés de 12 à 15 ans, issus des classes sociales privilégiées. Le paradoxe vient du fait qu'ils sont conscients du caractère addictif du tabac et du cannabis mais qu'ils ne se considèrent pas comme dépendants.

Les discordants

Ils représentent 9 % des jeunes et sont la plupart du temps satisfaits de leur vie familiale, amicale et scolaire, ainsi que d'eux-mêmes et de l'endroit où ils vivent. Ils ont une hygiène de vie méticuleuse, font attention à ce qu'ils boivent et mangent, et ont des passe-temps

variés. Ils aiment surtout faire du sport, regarder la télévision et sortir avec des copains dans le quartier. Ils considèrent que le tabac, l'alcool et la drogue sont mauvais pour la santé et que le vol n'est pas un acte anodin. Cependant, ils fument régulièrement et avec, disent-ils, l'accord de leurs parents. L'usage du cannabis est plutôt rare. La consommation de solvants est un peu plus fréquente. Ce groupe est composé le plus souvent d'enfants de 10 ans, issus des groupes sociaux moyens des communes rurales wallonnes et fréquentant l'enseignement primaire. Il est plus sensibilisé que les autres aux messages de prévention.

Cette catégorie de jeunes ne se sent pas dépendante mais ils déclarent tout de même qu'il leur est difficile d'arrêter de consommer des substances addictives. Certains jeunes admettent ressentir l'effet de manque quand ils s'abstiennent de fumer.

Les mitigés

Ils sont 28 %, ce sont des jeunes comblés par leur vie familiale, amicale et scolaire. Ils ont une hygiène de vie soignée, font attention à ce qu'ils boivent et mangent, et pratiquent des passe-temps variés. Ils consomment rarement du tabac, mais en parlent ouvertement avec leurs parents, qui fument parfois eux-mêmes. Des proches (famille ou amis) leur ont proposé leur première cigarette vers l'âge de 12 ans. Concernant le cannabis, ils disent ne pas en consommer, même si des amis leur en proposent régulièrement. Ils sont toutefois d'avis que le danger que représente la consommation de cannabis peut être contrebalancé en prêtant une attention particulière à la qualité du produit et à la quantité consommée. Parfois, ils ont commencé à goûter aux boissons alcoolisées un peu avant 10 ans, souvent sur proposition d'un membre de leur famille. Les jeunes mitigés fréquentent souvent l'enseignement primaire, habitent dans une ville, en Wallonie ou en Flandre, vivent dans une famille monoparentale à garde alternée et sont issus de la classe moyenne.

Ce groupe de jeunes n'est pas convaincu que le tabac entraîne une dépendance mais déclare avoir difficile à arrêter de fumer.

Les blasés

Ils sont 5 %, ces jeunes sont satisfaits de leurs amis et de leur vie scolaire mais sont plus réservés sur leur vie de famille, leur habitation et sur eux-mêmes. Ces jeunes font moins attention à ce qu'ils consomment comme nourriture et boissons. Ils ont des passe-temps variés mais aiment surtout aller boire un verre entre amis. Ils estiment que le tabac, l'alcool et la drogue ne sont pas si néfastes pour la santé, et que le vol n'est pas si dramatique. Le jeune blasé a tout testé et la consommation de substances addictives fait partie de son quotidien. Malgré d'évidents signes de dépendance, il nie les dangers des produits et se focalise sur les bénéfices qu'il tire de sa consommation. Les blasés vivent souvent entourés de fumeurs, et fument eux-mêmes avec une moyenne de 13 cigarettes par jour. Le cannabis est considéré comme « sans danger » et a été essayé vers 14 ans. Ils consomment aussi toutes sortes de boissons alcoolisées, régulièrement de façon excessive et consacrent en moyenne 80 euros par mois aux jeux d'argent. On retrouve ces jeunes en particulier à Bruxelles et dans les communes rurales wallonnes. Ils sont souvent issus d'une famille monoparentale (mère seule), sont âgés de 16-17 ans et fréquentent l'enseignement professionnel ou artistique. Ces jeunes perçoivent les effets de manque quand ils ne consomment pas de la drogue ou des cigarettes pendant un certain temps mais ils estiment qu'il suffit de s'arrêter à temps.

Les curieux

Ils sont 9 % et sont satisfaits de leurs relations amicales et d'eux-mêmes. Ils rejettent globalement le vol, la drogue, l'alcool et le tabac mais sont moins catégoriques. Ils ont des hobbies variés mais préfèrent aller boire un verre avec des amis, faire du sport, regarder la télévision et jouer aux jeux vidéo ou sur ordinateur. Entourés de fumeurs, ils ont allumé leur première cigarette, seul ou en groupe, vers 12 ans. Ils continuent souvent de fumer à l'heure actuelle. Ils ont essayé le cannabis vers 14 ans, après avoir goûté au tabac. Beaucoup consomment encore, en semaine ou le week-

end, mais rarement seuls. Parfois, ils usent de produits pour améliorer leurs performances intellectuelles ou sportives, pour lutter contre la fatigue physique et pour améliorer la mémoire. Certains ont parfois même testé de la cocaïne ou du crack. Depuis en moyenne l'âge de 15 ans, il leur arrive de jouer de temps en temps pour de l'argent : loterie, billets à gratter, cartes, poker ou bingo dans les cafés.

Ils consacrent en moyenne 32 euros par mois aux jeux d'argent. Vers 12 ans, ils ont commencé à boire toutes sortes de boissons alcoolisées avec leurs amis. La consommation se fait dans un cadre festif. On retrouve ces jeunes en particulier à Bruxelles et dans les petites localités flamandes. Ils appartiennent plus souvent aux groupes sociaux modestes, vivent dans un ménage de 2 personnes, sou-

vent en famille monoparentale, père ou mère. Ils sont en général âgés de 16-17 ans et suivent un enseignement technique.

Ces jeunes sont conscients que la cigarette entraîne une dépendance mais ne se sentent pas concernés par cette dépendance alors que certains avouent ressentir des effets de manque lorsqu'ils ne fument pas.

Communiqué par le CRIOC

Au Sud-Soudan, après l'indépendance, le défi de la santé maternelle

Alors qu'il vient d'accéder à l'indépendance le 9 juillet dernier, le Sud-Soudan affiche le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde et le pays manque cruellement de personnel médical qualifié.

Indépendant depuis le 9 juillet dernier, le Sud-Soudan, majoritairement rural, va sans doute allonger la liste des pays les plus pauvres de la planète.

Ravagé par plus de 20 ans de guerre civile entre le Nord et le Sud, le Sud-Soudan manque cruellement d'hôpitaux et de personnel médical. Le taux de mortalité maternelle (2 054 décès pour 100 000 naissances) y est l'un des plus élevés au monde, si pas le plus élevé, et un enfant sur sept n'atteint pas son cinquième anniversaire. Actuellement, moins de 15 % des naissances se déroulent en présence de personnel qualifié. Pourtant, la plupart des causes de mortalité maternelle pourraient être gérées par une sage-femme. « *Beaucoup de femmes rechignent à venir à l'hôpital, ou en sont empêchées par leur mari* », déplore **Laura Latina**, une sage-femme italienne qui dirige la maternité de l'hôpital Médecins sans frontières à Gogrial, une petite ville située à 560 km au nord de la capitale Juba. « *Généralement, elles travaillent à la maison et aux champs jusqu'au terme de la grossesse. La famille fait alors appel à une accoucheuse traditionnelle. Mais, même si elle a de l'expérience, elle n'est ni formée ni équipée pour faire face à des complications. Et quand les choses tournent mal, comme il n'y a pas d'hôpital à proximité, il est souvent trop tard* », ajoute-t-elle.

Le centre de soins de MSF, ouvert en décembre 2009, est la seule facilité médicale accessible pour plus de 200.000 personnes vivant dans les environs. Il dispose d'un service d'hospitalisation, d'une maternité et dispense des soins chirurgicaux d'urgence. La fréquentation croissante de la maternité et du centre de soins prénataux montre cependant que les habitudes sont en train d'évoluer. « *J'ai eu mes quatre premiers enfants à la maison* », témoigne **Akuel Chuei**, dont le ventre rond est dissimulé sous une robe traditionnelle. « *Mais des personnes que je connais sont venues à l'hôpital et ont été contentes des soins qu'elles ont reçus. Alors, je me suis dit que cette fois, j'allais essayer* », confesse-t-elle.

■
Le centre de soins de MSF, ouvert en décembre 2009, est la seule facilité médicale accessible pour plus de 200.000 personnes vivant dans les environs.
■

En 2010, l'hôpital a mené 7000 consultations prénatales, soit une moyenne mensuelle de 583 patientes. « *C'est un grand changement. Avant, les femmes ne recevaient tout simplement aucun soin* », se réjouit le docteur sud-africain **Prinitha Pillay**, qui coordonne l'équipe médicale. « *Mais il faut encore améliorer l'information. Pour l'instant, la plupart des patientes ne viennent pour un premier examen*

qu'au cours des derniers mois de grossesse. À ce moment, il arrive qu'une infection se soit déjà installée », explique-t-il.

Autre obstacle : les femmes enceintes doivent parcourir de longues distances à pied pour se rendre à la maternité. « *Certaines accouchent sur la route* », dit **Laura Latina**. Selon elle, une solution serait de proposer des maisons d'attente aux femmes qui présentent des complications ou à celles qui habitent loin d'un hôpital. « *Elles pourraient y être accueillies pendant les semaines qui précèdent l'accouchement, avec leurs enfants, et recevoir les visites de la famille* ».

Une solution idéale mais sans doute encore loin d'être généralisée dans les hôpitaux sud-soudanais, réduits en ruines par la guerre. Actuellement seuls 3,7 % du budget sont consacrés à la santé. « *Le manque de moyens pose de vrais défis en terme de développement des infrastructures, mais aussi en ce qui concerne les salaires du personnel médical* », reconnaît **Janet Michael**, chef du département Nursing and Midwifery du Ministère de la Santé. « *Une sage-femme communautaire qui travaille dans un hôpital public ne gagne que 300 livres environ (78 €) par mois. La plupart pratiquent donc des accouchements à domicile pour arrondir leurs fins de mois. Quand la stabilité sera revenue au Sud-Soudan, nous ne dépenserons plus autant pour la sécurité du territoire. Et cet argent pourra être consacré à des secteurs comme la santé ou l'éducation. Mais cela prendra beaucoup de*

temps... Il nous faudra peut-être 50 ans pour rattraper notre retard », avoue Janet Michael. Premier pas dans la bonne direction, au mois de mai, quarante étudiants ont achevé la première année d'un cursus de trois ans au sein de la toute nouvelle école d'infirmières et de sages-femmes de Juba. Financée par l'UNFPA (United Nations Population Fund) et l'OMS, cette formation est la première de ce type au Sud-Soudan et débouchera sur l'attribution d'un diplôme en conformité avec les standards internationaux.

Tisarina Mesko, qui se destine au métier de sage-femme, a eu la chance de suivre des études en Ouganda et est déjà infirmière. Après une première expérience professionnelle à l'hôpital de Nimule, près de la frontière ougandaise, elle a décidé, à 30 ans, de retourner sur les bancs de l'école. « J'ai réalisé que permettre aux femmes d'accoucher dans de bonnes conditions était un des défis majeurs pour le Sud-Soudan. Dans l'hôpital où j'ai travaillé, il y avait des infirmières, mais

pas de sages-femmes », raconte Tisarina. « Et nous avons perdu plusieurs patientes, parce que nous ne savions pas gérer un accouchement difficile et qu'il n'y avait pas de médecin disponible. Or, si l'on veut que les futures mères se rendent dans les hôpitaux pour accoucher, il faut leur offrir un service de qualité, ce qui fera la différence avec un accouchement traditionnel au village », conclut-elle.

Patricia Huon, Infosud Belgique

Les abus de brevets sur les médicaments coûtent cher

Trop de fabricants de médicaments abusent des brevets et de la législation qui les entoure pour pérenniser le monopole de leur médicament ou commercialiser des produits sans valeur ajoutée. C'est ce qui ressort d'une enquête¹ de Test-Achats et de la Mutualité chrétienne (MC). Ces abus retardent fortement l'arrivée de génériques (moins chers) sur le marché et obligent les patients et les pouvoirs publics à payer trop cher leurs médicaments pendant de longues années. Test-Achats et la MC ont calculé que tant les patients que les autorités pourraient économiser des millions d'euros. À titre d'exemple, 60 millions d'euros ont été dépensés par les autorités en cinq ans pour une variante plus coûteuse – et sans réelle valeur ajoutée – d'un antidépresseur connu. Pour Test-Achats et la MC, il est grand temps d'adapter la législation sur les brevets et de concrétiser le brevet européen unique.

Les ficelles de l'industrie

Une enquête demandée par la Commissaire européenne **Neelie Kroes** a révélé que les fabricants de médicaments mettent en œuvre de multiples stratégies pour préserver la position dominante de certains de leurs médicaments sur le marché. L'un des artifices les plus populaires consiste à lancer des 'produits de suivi' ('follow-on' ou 'me-too' en anglais). Il

s'agit de médicaments à peine différents de leurs prédécesseurs, qui présentent rarement un réel progrès thérapeutique, mais pour lesquels le fabricant dépose néanmoins un brevet et se voit donc réserver l'exclusivité pendant un certain nombre d'années. La seule chose qu'il lui reste alors à faire, est de convaincre les médecins et les patients de passer du médicament original au produit de suivi, en déployant l'arsenal marketing nécessaire.

Nouveau mais pas meilleur

Le Sipralaxa, commercialisé en 2003 pour succéder au Cipramil, un antidépresseur de la firme Lundbeck en est un bel exemple. Alors que le Cipramil contient du citalopram, mélange d'un principe actif et d'une substance inerte, le Sipralaxa ne contient que le principe actif, l'escitalopram. Ce dernier ne constitue donc pas une véritable nouveauté mais permet de justifier un nouveau brevet.

S'il n'est pas prouvé que le Sipralaxa est meilleur que le Cipramil, Lundbeck a néanmoins fait la promotion du nouveau produit en lui attribuant une efficacité nettement supérieure au Cipramil. Du marketing pur et simple grâce auquel les médecins se sont mis à prescrire ce nouvel antidépresseur. L'usage du Cipramil a donc diminué à partir de 2003 mais, pour la firme, ce recul a été largement compensé par la forte progression du Sipralaxa. De ce fait, la part de marché

des génériques du Cipramil s'avère aujourd'hui nettement inférieure à ce que l'on aurait pu attendre pour un brevet arrivé à expiration.

Si les médecins prescrivaient en se basant sur les recommandations scientifiques, de telles stratégies n'auraient aucune chance de réussir. De surcroît, le système de remboursement actuel fait en sorte que, pour le patient individuel, le Sipralaxa est meilleur marché que le Cipramil. Pour le patient, une prescription de Sipralaxa est donc plus attrayante. En revanche, les pouvoirs publics doivent déboursier davantage pour le Sipralaxa que pour le Cipramil.

Test-Achats et la Mutualité chrétienne ont calculé qu'au total, entre 2006 et 2010, les patients ont dépensé par an 12 millions d'euros en moyenne pour le Cipramil, le Sipralaxa et les génériques du Cipramil. Sans le Sipralaxa, ce montant aurait été inférieur à 10 millions d'euros. En comptant le Sipralaxa, l'INAMI a payé en moyenne plus de 39 millions d'euros par an. Sans le Sipralaxa, les dépenses se seraient limitées à 27 millions d'euros par an. En cinq ans, les pouvoirs publics auraient donc pu économiser 60 millions d'euros².

Ajouter de la vitamine en guise d'innovation

On trouve un autre exemple de médicament de suivi chez Merck Sharp & Dohme (MS&D).

¹ Contournement de brevets, L'industrie s'enrichit en « innovant », Test-Santé 105 octobre/novembre 2011.

² Soit 50 % de plus que le budget annuel 'santé' de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Et ce pour un seul médicament d'une seule famille d'antidépresseurs ! Cela laisse rêveur... (ndlr)

Cette firme a d'abord lancé un produit contre l'ostéoporose, qui devait être pris avec un complément de vitamine D et de calcium, le Fosamax. À l'approche de l'expiration du brevet, MS&D a sorti un médicament combinant cette fois directement la substance active et de la vitamine D, le Fosavance.

Une valeur ajoutée d'autant plus mince que, comme l'estiment Test-Achats et la MC, une telle association n'est pas recommandée et que le dosage requis devrait être déterminé individuellement pour chaque patient. MS&D n'a cependant pas réussi à convaincre tous les utilisateurs de Fosamax de passer au Fosavance. En effet, le fabricant qui détenait encore 76 % du marché en 2006 (68 % pour le Fosamax et 8 % déjà pour le Fosavance) a vu sa part de marché totale chuter en 2010 à 35 % (6 % seulement pour le Fosamax mais 29 % pour le Fosavance). Cette part de marché aurait peut-être été encore bien plus faible si la firme n'avait pas lancé le Fosavance. Entre 2008 et 2010, les pouvoirs publics auraient pu économiser 21 millions supplémentaires si le médicament de suivi n'avait pas existé.

Des dépenses en marketing plutôt qu'en recherche

Le Sipralaxa et le Fosavance ne sont que deux exemples parmi beaucoup d'autres. Dans l'échantillon de la Commissaire Kroes, 40 % des médicaments se sont avérés être des produits de suivi. Peut-être n'est-ce pas vraiment étonnant puisqu'ils sont nettement plus lucratifs pour leurs fabricants que l'élaboration d'une nouvelle molécule. C'est aussi ce qui explique pourquoi les fabricants de médicaments originaux consacrent au-



Photo © Isopix

jourd'hui plus d'argent au marketing et à la promotion qu'à l'innovation. Au cours de la période 2000-2007, ils ont consacré environ 23 % de leur chiffre d'affaires au marketing contre seulement 17 % à la recherche et au développement, toujours selon l'étude de la Commissaire Kroes.

En finir avec l'abus de position dominante

Les brevets ont un double objectif : récompenser les fabricants pour leurs recherches et le développement d'un médicament inédit ou de meilleure qualité et stimuler l'innovation. C'est pourquoi Test-Achats et la MC plaident pour des mesures qui recentrent l'attention sur la véritable innovation, tout en veillant à ce que les génériques puissent ar-

river plus rapidement sur le marché à l'expiration du brevet :

- la législation sur les brevets doit avant tout stimuler la véritable innovation ;
- il est nécessaire de disposer d'un brevet communautaire unique et d'un système européen spécialisé pour régler les litiges relatifs aux brevets, afin qu'il ne soit plus possible d'intenter des procès dans plusieurs pays en même temps en vue de préserver une position dominante ;
- les firmes pharmaceutiques qui abusent de leur position monopolistique en se prévalant de brevets non valides doivent être sanctionnées ;
- il faut mettre un frein aux informations trompeuses de l'industrie pharmaceutique ;
- les médecins doivent baser leurs prescriptions sur des recommandations scientifiques et non sur des injonctions du marketing ;
- une fois qu'un médicament original a perdu son brevet et que le paiement de référence entre en vigueur, le prix du médicament original devrait également descendre jusqu'au niveau de référence (c'est-à-dire le ticket modérateur payé par le patient, sans supplément). Ainsi, les patients qui souhaitent continuer à prendre le médicament original ne paieront pas plus cher, ce qui atténuera la tendance à recourir aux médicaments de suivi mieux remboursés.

D'après un communiqué par Test-Achats et la Mutualité chrétienne

À lire aussi sur ce sujet : Les vendeurs de maladies – Comment l'industrie pharmaceutique prospère en nous manipulant, Dr Emilio La Rosa, Fayard, 2011.

RÉFLEXIONS

Ottawa : une génération de promotion de la santé

Le développement, la situation actuelle et l'avenir de la promotion de la santé ne peuvent se comprendre en dehors de l'histoire sociopolitique mondiale des 30 dernières années. C'est ce qu'étudie

et a enseigné jusque tout récemment Michel O'Neill, professeur retraité en santé communautaire et en promotion de la santé à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université Laval,

à Québec. Ce pionnier de la promotion de la santé observe l'évolution de son domaine au fil du temps et retrace, non sans une certaine inquiétude, une histoire à l'issue encore incertaine.

« Ils étaient 150 participants à la première conférence mondiale de promotion de la santé en novembre 1986. La plupart étaient originaires de pays occidentaux et triés sur le volet, sur invitation du maître d'œuvre de l'événement, l'Organisation mondiale de la santé » se remémore **Michel O'Neill**. Pour l'organisme dont il était à l'époque administrateur, l'Association québécoise de santé publique, c'est un collègue médecin qui avait été délégué. Si le jeune retraité n'a donc pas assisté en personne à la naissance de la Charte d'Ottawa, mythique document issu de cette conférence, il a cependant suivi de près ses premiers pas, les espoirs de son enfance, les écueils de son adolescence et les étapes qui l'ont menée vers l'âge respectable de 25 ans.

Longue gestation

Même un document dit fondateur a des racines et dans ce cas, celles-ci remontent loin avant 1986. « Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde » annonce l'introduction de la Charte elle-même.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale et jusqu'aux années 1970, le champ classique de l'éducation à la santé était principalement axé sur la modification des habitudes de vie. Les années 1970-1980 ont vu un changement d'orientation générale, notamment suite à la déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires et à la 'Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000' adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1981. Ces deux documents confirmaient déjà la santé, selon la définition désormais bien connue, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, et un droit fondamental de l'être humain (...)* ». Pour assurer la mise en œuvre de ces stratégies, l'Organisation mondiale de la santé avait mandaté ses bureaux régionaux, dont le bureau européen à Copenhague. En 1984, un comité d'experts de l'OMS convoqué par ce dernier publiait un rapport surnommé le « yellow document » d'après la couleur du papier sur lequel il était imprimé, décrivant des concepts et principes pour la promotion de la santé. Ce document présentait la vision

qui allait mener de l'éducation à la santé classique des années 1950-1970 à la promotion de la santé des années 1980. L'embryon de la Charte...

Ottawa, choix logique et stratégique

Au Canada, avant même la Déclaration d'Alma-Ata, le document connu sous le nom de Rapport Lalonde publié en 1974 avait marqué un pas en avant. À travers celui-ci, le gouvernement canadien avançait qu'il serait préférable pour la santé des populations des pays industrialisés de susciter des changements dans les modes de vie, dans le milieu social et physique et dans les caractéristiques biologiques que de simplement accroître les ressources allouées aux systèmes de santé. Le Canada se démarquait aussi par une Direction fédérale de la Promotion de la santé démarrée dans la foulée du Rapport Lalonde. Par rapport à la traditionnelle éducation à la santé d'obédience américaine, la promotion de la santé en développement au Canada défendait et reposait sur une vision sociopolitique plus globale. C'est donc naturellement que les années suivantes ont vu l'établissement de partenariats privilégiés entre le gouvernement du Canada et l'OMS, partenariats qui ont mené, en 1986, à la tenue de la Première conférence mondiale de Promotion de la santé à Ottawa, un moment fort de mise en valeur des nouvelles visions et connaissances.

Âge d'or et période sombre

Après les cinq jours qu'a duré cette conférence mondiale, les délégués des 38 nations représentées sont retournés dans leur pays, avec l'intention de favoriser la mise en œuvre de la toute nouvelle Charte. La promotion de la santé a alors dû se forger une légitimité et une reconnaissance. « *Alors que l'intérêt de séances sur les dangers du tabagisme en milieu scolaire était admis, il n'en était pas de même pour l'impact d'une amélioration des politiques de logement, par exemple* » se remémore **Ginette Lafontaine**, présidente de la section des Amériques du Réseau francophone international de promotion de la santé (Réfips).

Les changements de pratiques gouvernementales sont des processus lents et exigeants. C'est une implantation à géométrie variable

qui a eu lieu dans les différents pays. Le Canada, pour sa part, a connu un « âge d'or » de la promotion de la santé jusqu'au milieu des années 1990 : le gouvernement de l'époque partageait alors l'enthousiasme des porteurs de cette nouvelle vision et y accordait les ressources nécessaires.

Mais, au Canada comme ailleurs, les changements de gouvernements et de priorités, les difficultés inhérentes à la répartition des compétences entre le fédéral et le provincial, les variations entre les provinces d'un même pays ont finalement eu raison de cet enthousiasme partagé. Dans ce pays, vers 1995, l'intérêt de l'État pour la promotion de la santé s'est considérablement affaibli, au profit d'une nouvelle conception, celle de la 'santé des populations'. Alors que la promotion de la santé se fondait sur le terrain social, la santé des populations s'inspire de théories économiques, en adéquation avec des visions plus libérales en vigueur à l'époque.

Les enfants d'Ottawa

Dans la foulée de la première conférence mondiale de promotion de la santé se sont organisés d'autres événements similaires, qui avaient pour objectif de mettre en évidence l'un ou l'autre des volets de la promotion de la santé. Après la Charte d'Ottawa ont été produits d'autres documents, tels que la déclaration de Jakarta, en 1997, qui vise à placer la promotion de la santé dans le XXI^e siècle et la Charte de Bangkok, publiée en 2005, qui élargit les domaines d'action annoncés dans celle d'Ottawa et offre une application en phase avec les réalités des pays non-occidentaux, en prenant notamment en compte l'impact de la mondialisation et les relations internationales. La Charte d'Ottawa reste cependant, dans la mémoire collective, la référence initiale et le plus renommé de ces documents.

Ce que le Japon est à Kyoto

Pour Michel O'Neill, cela fait une quinzaine d'années que le Canada n'est plus un pays modèle en promotion de la santé. « *Comme la signature du protocole de Kyoto ne fait pas automatiquement du Japon un leader dans la lutte contre les changements climatiques, ce n'est pas parce que la Charte a été signée ici que nous sommes à la pointe, même si le Qué-*

bec en particulier reste une référence aux yeux du monde. » Il est difficile, en 2011, d'identifier les bons élèves de la promotion de la santé. « Entre les discours et l'action, il y a souvent un gouffre important. On peut prôner la promotion de la santé, mais celle-ci doit se traduire dans les politiques, dans les ressources qui lui sont accordées, dans les résultats produits. » Vers où tourner son regard pour observer aujourd'hui de vraies applications des stratégies prônées par la Charte d'Ottawa ? « Les pays de l'ex-URSS sont intéressants. Ils ont développé leur première politique de santé en se basant sur les conseils de l'Organisation mondiale de la santé. Les pays scandinaves sont de véritables laboratoires dans l'application de politiques sociales novatrices. Certains appliquent notamment le principe de 'health in all policies' qui soumet toutes les politiques à la question de la santé » partage le professeur, aux yeux duquel l'État de Victoria continue aussi à être un modèle mondial.

Les succès et les revers des stratégies proposées

Telle que définie par la Charte, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Le document identifie cinq stratégies d'intervention en promotion de la santé : l'élaboration d'une politique publique favorable à la santé, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Vingt-cinq ans après que ces mots aient été couchés sur papier et cosignés par les délégués de 38 pays, quels progrès avons-nous faits ?

Michel O'Neill dresse un bilan mitigé des succès de la mise en œuvre de ces stratégies. Pour cet ancien évaluateur d'actions d'éducation sanitaire qui a commencé sa carrière de terrain sur le constat qu'« on ne change pas les habitudes en allant dans une classe une fois par an avec une grande brosse à dents », c'est sans nul doute le renforcement des aptitudes individuelles qui a connu les plus grands développements. Les campagnes de prévention du sida, du tabagisme, de l'obésité, prônant des modifications des comportements individuels sont, aujourd'hui encore, les stratégies

qui obtiennent le plus de ressources publiques et semblent les plus faciles à mettre en œuvre. Ces actions sont aussi les plus accessibles aux intervenants de terrain.

■
« Entre les discours et l'action, il y a souvent un gouffre important. On peut prôner la promotion de la santé, mais celle-ci doit se traduire dans les politiques, dans les ressources qui lui sont accordées, dans les résultats produits » (Michel O'Neill)
■

Du côté des politiques publiques, on peut regretter que peu de pays aient réellement institué un ministère ou une direction de promotion de la santé. « Néanmoins, des mesures publiques telles qu'une politique nationale de promotion de la santé, comme il en existe en Haïti ou dans certains pays d'Afrique ou des plans d'action gouvernementaux ou nationaux pointant des axes spécifiques, comme les saines habitudes de vie, ont été adoptés de par le monde » relève Ginette Lafontaine. La notion de « health in all policies », ou « santé dans toutes les politiques » commence aussi à prendre racine dans plusieurs pays. Au Québec notamment, l'article 54 de la Loi sur la santé publique oblige les différents ministères à consulter le ministre de la santé lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. Il confirme que le ministre de la santé est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique et lui octroie le pouvoir de donner des avis aux autres ministres pour promouvoir la santé. Cela se concrétise notamment par des évaluations d'impact sur la santé des politiques publiques, un processus qui gagne chaque année plus d'adeptes à travers le monde.

La création de milieux favorables a rencontré plus d'écueils. La notion s'est moins rapidement répandue et relève davantage de décisions politiques que d'actions de terrain. Au Québec, les centres de santé et de services sociaux répartis sur le territoire de la province ont une responsabilité populationnelle : ils sont en charge de la mise en place de me-

sures en faveur de l'amélioration de l'état de santé non seulement des patients qui fréquentent les établissements de santé mais aussi de tous les citoyens de leur territoire. Michel O'Neill constate avec regret que le renforcement de l'action communautaire est présent dans les discours, mais que trop peu de ressources y sont réellement attribuées. Enfin, la réorientation des services de santé est, d'après le professeur, la stratégie qui a connu le moins de succès en 25 ans. Partout, le curatif est et reste le bénéficiaire de la majeure portion des ressources de santé. Dans la formation du personnel de santé, la promotion de la santé demeure le parent pauvre des matières enseignées. Si des initiatives comme celle des Hôpitaux promoteurs de santé continuent à bien se développer, celles-ci restent marginales et ne permettent pas de parler d'une véritable réorientation des services.

Choc de valeurs

Selon le professeur fraîchement retraité, la Charte d'Ottawa est peu étudiée dans les diverses formations de santé et sociales. Il attribue ce constat au fait que les valeurs sur lesquelles reposent la Charte sont aujourd'hui considérées comme secondaires dans la société. « Ceux qui travaillent en promotion de la santé font fréquemment figure de marginaux dans leur profession. Ce n'est pas uniquement une question de communication. Leurs collègues des secteurs biomédicaux de la santé partagent difficilement leurs visions inspirées des sciences sociales. Souvent, ils sont perçus comme de doux rêveurs » confie Michel O'Neill. Ou des pelleteux de nuages comme l'évoque la jolie expression québécoise.

Par ses principes-mêmes, la promotion de la santé correspond à une conception sociale de la société. Elle ne peut atteindre son plein déploiement que dans des pays et à des époques où les valeurs de solidarité et d'équité sont reconnues et prônées. Les politiques actuellement en vigueur dans la plupart des pays industrialisés ne sont pas à l'avantage de la promotion de la santé. « La Charte d'Ottawa est le produit des valeurs d'une époque, qui ne sont plus celles qui dominent les sociétés modernes. La solidarité, dans la mouvance de laquelle est née la Charte, a cédé la place à l'individualisme » regrette encore ce titulaire d'un

doctorat en sociologie, qui n'a pas hésité, au cours d'une conférence donnée l'été dernier, à illustrer ce changement en déchirant la précieuse Charte devant un auditoire éberlué.

En profondeur, plutôt qu'en hauteur

Selon **Ilona Kickbusch**, qui en 1986 pilotait le dossier Promotion de la santé au bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé et qui peut être considérée sans abus comme la mère de la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé n'est pas devenue, en 25 ans, l'arbre que l'on attendait. Elle serait plutôt un rhizome, comme la partie souterraine et ramifiée d'une plante qui a pénétré un peu partout, de façon anarchique et déstructurée. Le succès de la promotion de la santé réside dans l'imprégnation d'une vision élargie de la santé. En d'autres mots, si l'on ne compte que de rares gouvernements comportant une direction de la promotion de la santé, celle-ci semble avoir gagné la vie quotidienne des populations.

Pour Michel O'Neill, l'avenir de la promotion de la santé dépend surtout de l'évolution du monde. « *On assiste aujourd'hui à une réorganisation des forces : l'économie et la finance tirent dans une direction qui n'est pas celle du social et de la solidarité* » affirme celui qui a

toujours gardé une vision sociologique de son temps. Le monde de demain ne ressemblera plus jamais à celui dans lequel est née la promotion de la santé. Vingt-cinq ans après la publication de la Charte d'Ottawa, la génération des concepteurs et des développeurs de la promotion de la santé semble plutôt désabusée. Les fruits n'ont pas été à la hauteur des attentes et de l'enthousiasme généré en 1986 et dans les années suivantes. « *À cause du changement de valeurs et parce que le rôle des États s'est considérablement affaibli, la Charte d'Ottawa sera difficile à appliquer telle quelle à l'avenir* » assure Michel O'Neill. Le pessimisme ne doit cependant pas l'emporter : des lueurs d'espoir brillent en 2011 et indiquent que le changement est possible, peut-être même amorcé. Les mouvements planétaires que nous observons actuellement comme le Printemps arabe, les révoltes des indignés en Europe ou encore la réaction en chaîne déclenchée par *Occupy Wall Street* partout à travers le monde peuvent être vus comme des signes montrant que les valeurs permettant de revenir à des sociétés plus solidaires connaissent un regain de vitalité. Ses espoirs pour l'avenir de la promotion de la santé résident aussi dans la reconfiguration des moyens de communication. Les nouveaux médias permettent des formes de mobilisation sociale

et politique qui passent outre les structures traditionnelles de gestion et la conception classique du rôle de l'État pour permettre de nouvelles formes de changement. Les jeunes générations détiennent des clés qui ne sont pas celles d'hier mais en lesquelles nous devons résolument avoir confiance.

Pascale Dupuis, Correspondante
Éducation Santé au Québec

À lire : *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, sous la direction de Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Ann Pederson et Irving Rootman. Plus de 80 auteurs analysent de manière critique l'état de la promotion de la santé au Canada et au Québec ainsi que son influence internationale depuis 1994 (www.pulaval.com/catalogue/promotion-sante-canada-quebec-perspectives-critiques-8936.html).

À suivre : À l'occasion du 25^e anniversaire de la Charte d'Ottawa, la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé prévoit la publication d'un ouvrage collectif intitulé 25 ans d'histoire : les retombées concrètes de la Charte d'Ottawa dans différents pays francophones. Un appel à contribution peut être consulté sur le site www.refips.org.

LOCALE

Poser la question de la santé à Bruxelles ?

S'il fallait vraiment se justifier, on pourrait invoquer le fait que la santé est la première préoccupation des citoyens belges, ou encore que 25 % de la population à Bruxelles a le sentiment de ne pas être en bonne santé et que ce chiffre est plus important dans la capitale que dans les grandes villes de Flandre ou de Wallonie. Autre motif de préoccupation : depuis 15 ans les inégalités sociales de santé ne font qu'augmenter malgré l'accroissement important des budgets de soins de santé...

Approche globale

Le concept de santé a beaucoup évolué au cours des dernières décennies : on s'accorde pour dire, et pour chacun de nous de percevoir, que la santé n'est pas que l'absence de maladie, on a aussi retenu la définition globalisante de l'OMS qui, évoquant « un état de complet bien-être » n'aide sans doute pas à opérationnaliser les choses mais a permis de glisser d'abord vers une approche plus globale des individus et ensuite vers l'idée de la qualité de la vie et de l'environnement. Cette évolution du concept s'est faite parallè-

lement au développement de notre société ; les représentations, les attentes, les besoins de la population par rapport à la santé se sont eux aussi modifiés, souvent amplifiés à la faveur du mythe de la toute-puissance médicale et du consumérisme ambiant.

Dans les années 70 et 80, on découvre que la santé a un coût et que les dépenses du système de soins de santé doivent être maîtrisées, que les incapacités pour raison de santé ont un impact sur le travail et vice versa, que l'économie peut être génératrice de dégradation environnementale, etc. La santé n'est

plus protégée par son aura, elle est au cœur du modèle social et économique.

Dans cette même période, on a vu apparaître plusieurs résolutions internationales, qui ont leurs déclinaisons nationales et locales. Du côté environnemental : le sommet de la terre à Rio, la charte d'Aalborg et le lancement des agenda 21, et, du côté santé, la charte d'Ottawa et les stratégies de promotion de la santé. Leurs recommandations vont vers des approches globales, la mobilisation des divers secteurs de la société, la participation communautaire.

L'effet est qu'on va se décaler du « **santé = soins** » – qui reste culturellement très prégnant et donc très déterminant de la manière dont se pense et se déploie la politique de santé – pour se préoccuper de ce qui **fait santé**. On est bien là au cœur de l'écologie politique et d'un modèle de société articulant le rapport entre équité sociale, respect et entretien de l'environnement et qualité du développement, soit le triangle de base du développement durable, dont l'actualité des catastrophes écologiques nous montre chaque jour la pertinence.

Dans le champ de la santé, la connaissance épidémiologique (via observatoires, enquêtes, etc.) et systémique (via l'apport des sciences humaines) des facteurs qui font vraiment santé est de plus en plus fine : les facteurs sociaux et éducatifs, le conditionnement majeur par le contexte environnemental est largement démontré comme déterminant.

Facteur de développement à Bruxelles aussi

À l'inverse, la santé est un facteur essentiel de développement social, économique, environnemental, bref de développement durable. On peut dès lors dresser un cadre à notre réflexion prospective d'une politique de santé à Bruxelles.

Compte tenu de ce qui précède, poser la question de la santé au niveau d'une ville-région comme Bruxelles implique de prendre en compte que l'état de santé de la population bruxelloise sera le résultat aux trois quarts de ses habitudes de vie, du contexte environnemental qu'elle produira et qu'on lui offrira, et de l'environnement sociopolitique dans lequel elle évoluera.



Photo © Isopix

Une première conséquence : dans cette perspective, les acteurs ne sont plus les acteurs attendus. Les professionnels de la santé sont pertinents mais insuffisants ; les acteurs du logement, de l'aménagement du territoire, de l'emploi, de la culture sont autant d'experts de santé qui s'ignorent d'ailleurs encore trop souvent. Et pourtant leur impact sur la santé est déterminant.

Une seconde conséquence : cloisonnement et enchevêtrement des compétences ne riment pas avec efficacité et interaction. Cette perception est générale, tant du côté des usagers que des professionnels. Il doit l'être aussi du côté du monde politique puisque tous les accords de majorité régionaux et communautaires sont empreints de préoccupations de cohérence, de coordination, d'intersectorialité. Certains dispositifs sont chargés de porter pour partie cette dynamique. Citons-en deux : la mise en place de la 'conférence interministérielle social et santé', qui croise avec les divers secteurs concernés (mais pas encore entre eux) deux objectifs prioritaires pour la Région, le boom démographique et la fracture sociale ; le décret ambulatoire, qui harmonise les secteurs social et santé, sans pour autant les articuler. Des outils sont donc à valoriser, d'autres à créer, et un fil rouge à leur donner.

Troisième conséquence : la réalité déterminante n'est pas la maladie mais le cadre de vie. Pour Bruxelles comme beaucoup de

grandes villes ce sont des populations diversifiées socialement et culturellement, dans des bassins de vie qui structurent vie familiale, économique, culturelle et favorisent des dynamiques de réseau. Ces territoires de vie qui ne se superposent pas aux découpages administratifs, ils offrent aussi des opportunités d'organiser autrement les compétences, de trouver des transversalités nouvelles, des formes de mutualisation, des explorations de boucle courte face à la situation institutionnelle bruxelloise.

Pour garder le sens et les finalités au centre de nos réflexions : notre projet d'écologie politique n'est pas de construire des beaux dispositifs. Parler santé, c'est parler des gens et de leur qualité de vie. Las, il ne suffit pas d'en parler pour que leur état de santé s'améliore (encore que !). Développer une politique c'est aussi mettre en place des moyens adéquats – avec la participation des citoyens d'ailleurs – pour répondre utilement et durablement aux questions de santé : on pointera les inégalités sociales et de qualité de la vie, on retiendra par exemple les agressions environnementales urbaines et leur impact sur la santé des populations bruxelloises. Aujourd'hui, cette réponse implique un changement de paradigme, celui qui lie santé et développement durable par des stratégies adaptées, notamment dans le cadre du Plan régional de développement durable actuellement en discussion à Bruxelles. Cela nécessitera également d'accepter de se décaler du modèle médico-centré, tant pour des raisons idéologiques que pour des raisons d'adéquation.

Si la question sociale est démontrée comme étant une cause importante de morbidité, arrêtons de donner des tranquillisants aux chômeurs, arrêtons de payer des antiulcéreux aux conducteurs de tram, et des aérosols aux enfants qui vivent près du 'ring'.

C'est presque du bon sens, direz-vous, mais, croyez-moi, c'est un vrai projet politique !

Jacques Morel, parlementaire bruxellois et médecin

D'après le texte de son intervention lors de la journée d'études organisée le 31 mai 2011 par le groupe Écolo au Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale

Un guide pour être bien dans son corps et dans son assiette

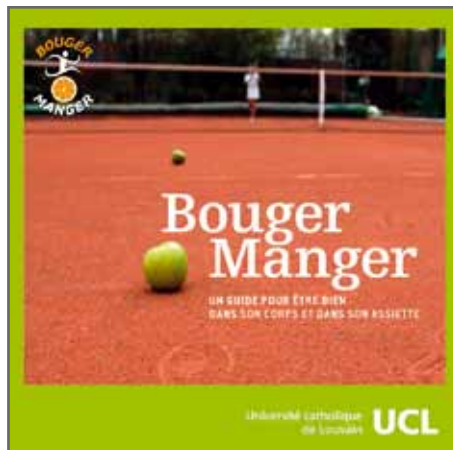
Mangez 5 fruits et légumes par jour; arrêtez de fumer ou ne commencez surtout pas; faites du sport; veillez à la composition et à l'origine des aliments, etc. On ne compte plus le nombre de messages sanitaires que l'on voit, lit ou entend au quotidien et qui nous rappellent combien nous sommes responsables de notre hygiène de vie.

À tel point qu'un sentiment de culpabilité peut parfois nous envahir lorsque nous omettons de suivre l'une ou l'autre de ces recommandations si bienveillantes.

Comment se repentir d'avoir manqué son entraînement sportif et d'avoir, à la place, privilégié la position assise dans le canapé à regarder un film, une série ou pire, si on ose (se) l'avouer, une émission de télé-réalité? Ces programmes qui sont d'ailleurs bien souvent entrecoupés de publicités pour des barres chocolatées ou autres produits rappelant, en bas de l'écran, qu'il faut « éviter de manger trop gras, trop sucré, trop salé ». Et c'est notamment ce hiatus entre ce que l'on nous vend et ce que l'on nous dit de faire pour notre santé qui renforce l'incohérence et donc la confusion parmi l'ensemble des messages qui nous parviennent en matière d'alimentation. Comme pour toute autre thématique de santé, une démarche en matière d'alimentation et d'activité physique se conçoit à travers une vision globale, en faisant intervenir plusieurs approches complémentaires. Si l'on sait que l'information n'est pas suffisante pour donner envie de manger équilibré et de respecter son corps et sa santé, elle est pourtant nécessaire pour permettre à chacun de faire un choix éclairé quant à ses modes de consommation. Savoir, c'est déjà pouvoir...

Bouger et manger à l'université

Et l'Université, sensée développer le savoir, n'en est pas exemptée pour autant, bien au contraire. Pas toujours évident de combiner temps d'étude, guindailles, loisirs et mode de vie équilibré. Les pizzas, pitas et spaghettis bolo régalaient les papilles des étudiants



mais il serait dommage de ne pas profiter des autres plaisirs que l'alimentation peut offrir avec quelques bénéfices sur la santé.

Mais « bien manger » et « bouger » concernent aussi le personnel. Il est souvent plus facile de prendre un sandwich en route que de s'arrêter pour un repas équilibré en toute convivialité. Le mode de vie actuel est peu propice à prendre le temps pour se retrouver, se préparer des plats sains ou encore bouger.

Les messages à faire passer sont par conséquent similaires, malgré des contextes de vie et de travail différents (ex. le membre du personnel aura souvent une panoplie de robots ménagers à son domicile alors que l'étudiant aura pour seul outil un couteau, ou, s'il est 'bien' équipé, un éplucheur).

C'est pour ces différentes raisons que le Groupe « Bouger-Manger » a décidé d'éditer un guide sur l'alimentation et l'activité physique destiné à l'ensemble de la communauté de l'Université Catholique de Louvain.

Ce groupe rassemble l'asbl Univers santé et cinq acteurs de l'Université qui ont choisi d'unir leurs compétences au service de la promotion de la santé : le Service des sports, les restaurants universitaires, le CPPT (Comité pour la protection et la prévention au travail), le Service d'aide aux étudiants et l'Assemblée Générale Louvaniste des étudiants.

Le groupe est né à l'été 2008, lorsque les différents services, qui collaboraient déjà, ont choisi

de se regrouper pour créer une page web sur le portail de l'UCL consacrée à l'alimentation. Les partenaires souhaitaient en effet montrer que l'alimentation est une notion beaucoup plus large qui englobe d'autres thématiques telles que l'activité physique, la santé mentale... d'où l'intérêt de mener ensemble des actions globales de promotion de la santé.

En mai 2009, le Service d'aide aux étudiants a organisé un colloque sur la santé des étudiants, intégrant un atelier sur la thématique « Bouger-Manger ». Le groupe s'est officialisé à cette occasion et a décidé de continuer des actions en faveur d'une approche globale de la santé pour l'ensemble de la communauté universitaire.

Un guide pour informer et pratiquer

Suite à de nombreuses demandes et certains constats, le Groupe « Bouger-Manger » a décidé de créer, à partir du portail Internet sur l'alimentation, un support papier pour sensibiliser chacun à l'intérêt d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique pour la santé. Le guide « Bouger-Manger » complète d'autres actions initiées sur le terrain : travail sur la disponibilité des produits dans les restaurants universitaires, offre du Service des sports, cours de cuisine et fiches d'information d'Univers santé, promotion des pauses-midi de qualité pour le personnel, etc.

Informations, conseils pratiques et recettes y sont proposés afin que chacun puisse s'initier au plaisir de cuisiner une alimentation équilibrée, savoureuse, de saison et durable, et poser des choix éclairés pour conjuguer plaisir, santé et solidarité. Le guide a par ailleurs reçu le logo du Plan national nutrition santé, dont l'objectif est d'encourager l'alimentation saine et l'activité physique.

En parallèle, le Groupe « Manger-Bouger » a encouragé l'installation de fontaines à eau dans les grands halls d'auditoires. Une façon efficace de mettre en avant les bienfaits de l'eau du robinet, tant pour la santé que pour l'environnement. Des gourdes avec le logo

du groupe ont été distribuées aux étudiants de première bac à la rentrée 2011.

Une évaluation de cet outil sera réalisée en cours de diffusion, afin d'envisager l'intérêt et les modalités d'une réimpression et de l'étendre éventuellement à d'autres partenaires de l'UCL (nouveaux sites : Mons, Tournai, Bruxelles...).

Le guide s'adresse prioritairement à la communauté universitaire mais il peut intéresser un plus large public, et il en existe une version pdf (3,28 Mb), téléchargeable sur le portail Internet du Groupe : www.uclouvain.be/bouger-manger.

Anne-Sophie Poncelet, chargée de projets à Univers santé, coordinatrice du Groupe « Bouger-Manger ».

Adresse de l'auteure : Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve.

Tél. : 010 47 27 47. Courriel :

anne-sophie.poncelet@uclouvain.be

OUTILS

Potes et despotes

Saynètes interactives pour parler du respect, des violences et des différences. 'Potes et despotes' propose 15 saynètes sur les différences, les insultes, les relations garçons-filles, les relations ados-adultes, dans le but de promouvoir un changement des comportements et de prévenir le recours aux violences.

Description de l'outil

Matériel

- Un **classeur** plastifié et joliment illustré (23 cm x 13 cm x 5 cm).
- Un **livret d'accompagnement** (*historique, guide d'animation...*).
- **Des fiches pour les animateurs** avec pour chaque saynète :
 - le thème et les objectifs
 - le message à faire passer
 - des questions suggérées pour animer la discussion
 - quelques clefs (lois, terminologie...)
- **Des fiches pour les jeunes** avec le texte de chaque saynète (*nombre de fiches en fonction du nombre de personnages dans la saynète*).
- Un **questionnaire d'évaluation** photocopiable.

Toutes les fiches sont cartonnées et plastifiées. Repère des thèmes par couleur.

Concept

'Potes et despotes' vous propose 15 saynètes sur : les différences, les insultes et leurs conséquences, les relations garçons-filles, les risques, les relations ados-adultes. Conçu à partir des situations préoccupant les jeunes

de 11 à 17 ans, ce support cible particulièrement cette tranche d'âge.

Objectifs

- Promouvoir un changement des attitudes et des comportements afin de prévenir le recours aux violences utilisées pour dominer et contrôler une personne.
- Faire prendre conscience que la personne qui reçoit notre violence éprouve des sentiments qui risquent de l'atteindre, parfois gravement.
- Faire prendre conscience de l'importance de se parler sans s'insulter, de négocier, de donner son avis, de s'autoriser à exprimer ce que l'on ressent lorsqu'on nous agresse.
- Faire réfléchir à ce qu'est une réelle amitié, une vraie camaraderie.

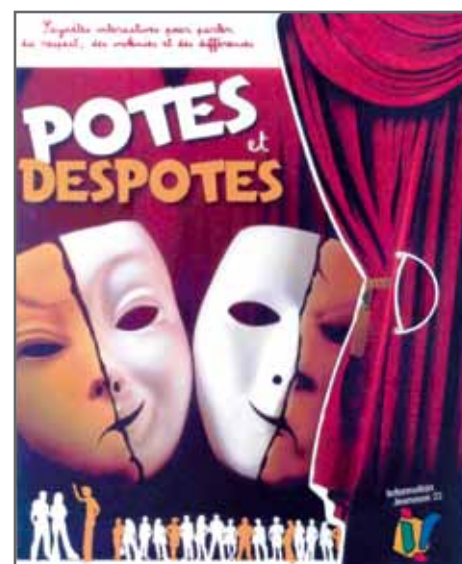
Conseils d'utilisation

Cet outil peut être utilisé dans le cadre d'une classe, d'un foyer de jeunes, d'un camp de vacances... pour des séances d'information et de sensibilisation, où les jeunes participent activement.

La présence de 2 professionnels est conseillée pour une animation réussie.

Bon à savoir

Cet outil a été conçu et élaboré par le réseau Information Jeunesse des Côtes d'Armor, l'ADII 22, la Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse 22, la Compagnie Les Comédiens Associés de Plombières-Les-Dijon (Antenne Théâtre en Armorique Plougrescant), la classe de 5^e C (année 2007-2008) et le personnel du collège E. Renan



de Tréguier et des jeunes costarmoricains.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : ADII 22, 28 Boulevard Hérault Bp114, 22001 Saint-Brieuc cedex 1, France. Tél. : +33(0)2 963 337 36.

Fax : +33(0)2 966 118 08.

Courriel : ADII.22@wanadoo.fr

Prix : 50 €. Frais de port en Belgique : 15 € (1 à 2 exemplaires), 17 € (3 à 4), 18 € (5 à 6), 20 € (7 à 8). Pour un nombre supérieur, contactez le promoteur.

Les CLPS (Centres locaux de promotion de la santé) suivants peuvent vous prêter cet outil : CLPS du Brabant wallon, CLPS de Huy-Waremme.

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

La Cellule d'experts de PIPSA a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2010.

Appréciation globale

Au départ de saynètes, 'Potes et despotes' permet d'aborder la violence au quotidien. Les situations mises en scène permettront aux adolescents de s'y retrouver, dans la mesure où elles sont issues du terrain et que si chaque jeune ne les a pas personnellement vécues, il y a au moins assisté. Les situations interpellent, suscitent le débat et permettent un travail de distanciation sur les valeurs et les représentations. D'une grande homogénéité, cet outil permet de formaliser des choses simples avec des objectifs profonds (concernant des fondements de la vie en société). Les consignes pédagogiques proposées sont claires et pertinentes, mais l'on déplorera le manque de cadre théorique. L'animateur est invité à se documenter par ailleurs et à être au clair avec son vécu personnel de la violence, de l'agressivité et du conflit. Cet outil peut être exploité en court, moyen et long terme. Il est soutenant dans une dé-

marche de promotion de la santé, dans un projet plus global à long terme.

Objectifs de l'outil

- Alimenter, via les 15 saynètes qui brossent un large tableau des types de violence possibles, la réflexion au sujet de la violence, du respect et de la différence.
- Partager les vécus par rapport aux notions de violence, respect et différence, prendre la mesure du vécu de l'autre.
- Analyser son propre vécu et des situations de violence, par la mise à distance permise par le jeu et le débat.
- Faciliter la compréhension par des mises en situation concrètes.
- Construire ensemble une autre perception des problématiques concernant l'agressivité (participer à la construction d'un système de valeur).
- S'exercer à construire des formes alternatives de réponse à l'agression.

Public cible

11 à 17 ans, en milieu scolaire et extra-scolaire, avec des adaptations nécessaires et des nuances en fonction de l'âge et du milieu scolaire. Moyennant un apport théorique supplémentaire : formation à la délégation d'élèves et formation d'enseignant.

Utilisation conseillée

De préférence avec deux animateurs. Il est important que les deux s'impliquent. La suggestion d'un animateur-observateur ne semble pas pertinente car cela risque d'être vécu comme jugeant.

Il semble davantage être un outil de prévention, et non de gestion de conflits.

La proposition de théâtre-forum semble la plus pertinente par rapport aux objectifs de l'animation

VOUS POUR VOUS

La nouvelle « Love attitude »

C'est paré d'un design plus dynamique et complété de nouveaux contenus que le site web www.loveattitude.be a fait sa rentrée cette année. En bref, nouvelle home page, dossiers thématiques additionnels, nouveaux extras, etc. à découvrir dès à présent !

Quatre ans après sa mise en ligne, le site www.loveattitude.be a en effet décidé de faire peau neuve afin de coller toujours mieux à son objectif principal : sensibiliser les jeunes entre 12 et 25 ans sur les questions qui touchent à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Comment ? En leur offrant un espace d'informations, en leur permettant de poser leurs questions, et en mettant à disposition toutes les coordonnées et actualités des centres de planning familial en Communauté française. Ce portail web est aujourd'hui devenu un site de référence pour l'ensemble du secteur des centres de planning familial wallons et bruxel-

lois en matière d'information à l'attention des adolescents et des jeunes gens sur la vie affective, relationnelle et sexuelle. Concrètement, le nouveau site propose plusieurs dossiers thématiques : « contraception », « sexe et santé », « amour », « grossesse et IVG ». Deux nouveaux dossiers « sexe et société » et « et moi ? » ont vu le jour. Ils offrent une information complète, des brochures, des reportages, des vidéos, etc. à consulter librement. Les actualités sur l'éducation sexuelle et affective, des liens et contacts, des questions-réponses viennent compléter ce tableau. Et comme il n'est pas toujours évident de parler de son corps et de sa sexualité à son entourage, www.loveattitude.be offre aussi la possibilité aux internautes de poser leurs questions. Grâce à l'anonymat que garantit l'outil Internet, le pas est souvent plus facile à franchir. Les coordonnées et l'actualité des 108 centres de planning familial y sont également reprises

sous forme de page propre à chaque centre. Ces informations sont disponibles à partir d'une recherche sur une carte géographique interactive qui permet de trouver le centre de planning familial le plus proche de chez soi. Afin d'offrir une navigation toujours plus aisée et agréable, www.loveattitude.be a complètement changé de structure et travaillé son design afin d'être plus attirant, plus enthousiaste, plus proche de la réalité des jeunes d'aujourd'hui. Une seule adresse donc, www.loveattitude.be, un projet commun des quatre fédérations de centres de planning familial francophones belges : la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS (FCPF-FPS), la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF) et la Fédération des Centres de Planning et de Consultation (FCPC).



J'aime pas l'école

Les jeunes qui n'apprécient pas l'école diffèrent-ils des autres élèves en ce qui concerne leur vécu scolaire, leur santé, leurs comportements, leur bien-être, leurs plaintes ?

Dans son nouveau *Cahier Santé*, le Service d'Information Promotion Éducation Santé de l'École de santé publique de l'ULB (SIPES-ULB) revisite les données de l'enquête 'Santé et bien-être' des jeunes de la Fédération Wallonie-Bruxelles (il s'agit du versant belge francophone de l'étude internationale HBSC, pour Health Behaviour of School-aged Children patronnée par le Bureau européen de l'OMS). Centré plus précisément sur ce que les jeunes pensent de l'école, ce document propose de nombreuses données issues de l'enquête¹, avec des clés de lecture permettant une mise en perspective des constats. De quoi alimenter la réflexion des professionnels de l'enseignement



et de la santé, et des décideurs politiques, par rapport à leurs interventions auprès des jeunes.

Cette préoccupation vis-à-vis de l'environnement scolaire s'impose comme une évidence : l'école est un important déterminant du bien-être des élèves, mais aussi des enseignants et, indirectement, des parents. Des résultats récoltés au cours des enquêtes précédentes ont poussé l'équipe SIPES à investiguer davantage la façon dont l'école peut être vécue par les jeunes afin de dégager d'éventuelles caractéristiques des élèves satisfaits ou frustrés par ce milieu de vie.

Ce travail de recherche a été réalisé selon deux principes : partir de données existantes et s'appuyer sur une pluralité de données. Le premier de ces principes désigne le fait d'utiliser des données disponibles (issues de l'enquête HBSC bien entendu, mais aussi d'autres enquêtes), ce qui permet de bien valoriser les sources d'informations existantes. Quant à s'appuyer sur une diversité de données, cela

L'École des animaux

Il était une fois des animaux qui s'avisèrent qu'il était temps de prendre les grands moyens pour résoudre les problèmes « d'un monde nouveau ». Aussi décidèrent-ils de fonder une école. Ils adoptèrent un programme d'études comprenant quatre matières : la course, la grimpe, la nage et le vol. Pour faciliter l'administration d'un tel programme, tous les animaux devaient suivre tous les cours.

Le canard était très fort en natation, était même meilleur nageur que son professeur, mais ses notes étaient à peine passables en vol et franchement mauvaises en course. Puisqu'il était lent en course, on le fit rester après l'école et on le força même à abandonner la natation pour qu'il puisse s'exercer à courir. Cela dura si longtemps que ses pattes palmées finirent par s'user et qu'il devint tout juste moyen en natation. Mais dans cette école on acceptait la

moyenne, alors personne ne s'en inquiéta sauf le canard.

Le lapin était le meilleur coureur de sa classe, mais il fit une dépression nerveuse causée par tout le travail de rattrapage qu'on lui faisait faire en natation.

L'écureuil excellait à grimper mais son inaptitude à voler le frustrait terriblement. Il faut dire que ses professeurs, au lieu de le faire voler du haut en bas des arbres, le faisait partir d'en bas. À force de s'étirer pour prendre son envol, il s'est blessé à l'aîne et ses notes ont baissé sous la moyenne en grimpe et en course.

L'aigle était un enfant difficile qu'il a fallu discipliner sévèrement.

Au cours de grimpe, il était toujours le premier rendu au sommet des arbres, mais il s'obstinait à voler au lieu de grimper comme les autres.

À la fin de l'année scolaire, une anguille

surdouée qui nageait exceptionnellement bien, qui pouvait aussi courir, grimper et voler un peu, obtint les meilleures notes et le prix d'excellence.

Les chiens de prairie faisaient l'école buissonnière et s'opposaient au prélèvement de la taxe scolaire parce que l'administration refusait d'ajouter un cours de creusage et enfouissement au programme. Ils mirent leurs petits en apprentissage chez un blaireau et plus tard se joignirent à la marmotte et aux belettes avec qui ils fondèrent leur propre école privée.

Cette fable a-t-elle une morale ?

George H. Reavis

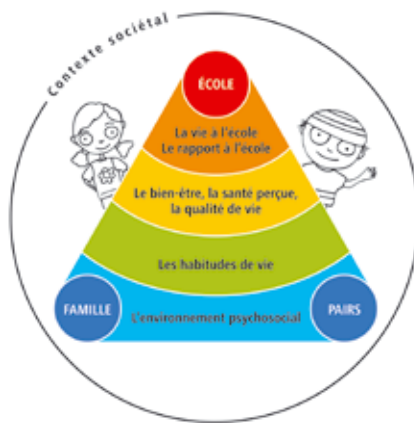
Cette histoire a été rédigée à l'époque où Georges Reavis était Assistant Superintendent des Cincinnati Public Schools, dans les années 40. Cette fable est dans le domaine public.

¹ Y compris de la dernière en date (2010), avant la publication complète des résultats, annoncée pour l'an prochain.

permet de compléter les données de l'enquête par une revue de littérature qui offre l'éclairage de divers acteurs scolaires (élèves, profs, pédagogues, parents...).

Plus précisément, 'J'aime pas l'école', après avoir décrit le cadre de référence, propose six chapitres : la satisfaction à l'égard de l'école, la vie à l'école et le rapport à l'école, la violence scolaire, le bien-être et les plaintes subjectives, les comportements, et l'environnement psychosocial.

Si ce *Cahier* peut sembler donner une image médiocre de l'école belge francophone, il se garde néanmoins de sombrer dans la déprime, et souligne que 'même si le système scolaire présente des déficits importants, plus de la moitié des jeunes du secondaire affirment aimer l'école. De plus, cette appréciation à



l'égard de l'institution scolaire est restée relativement stable depuis 1994, et cette satisfaction se rencontre autant chez les jeunes de l'enseignement général que chez ceux de l'enseignement technique et professionnel', contrairement à une idée reçue.

DECANT P., FAVRESSE D., DE SMET P., GODIN I., *J'aime pas l'école ! Une relecture des données de l'enquête 'Santé et bien-être des jeunes' en Communauté française*. Cahier Santé édité par le Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2011. Ce document de 76 pages peut être obtenu gratuitement à l'adresse suivante, dans la limite des stocks disponibles : SIPES-ULB, CP 596, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Tél. : 02 555 40 81.

Courriel : zelmaach@ulb.ac.be.

Il peut aussi être téléchargé au format PDF à l'adresse www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

BRÈVES

Citation du mois

« Quand tout le monde veut voir la même chose, la notoriété devient seul critère de reconnaissance »

Jean-Jacques Bernard,

'Petit éloge du cinéma d'aujourd'hui' (Folio 2011)

Éducation du patient

Bruxelles

24 au 26 mai 2012

La société d'éducation thérapeutique européenne (SETE) consacrera son 4^e congrès à L'éducation thérapeutique du patient : entre pratique et recherche, l'éthique.

Une organisation de l'UCL-RESO. Renseignements : <http://sete2012.advenirs.org>.

Alimentation

Taxe sur les graisses saturées

Le Danemark a instauré le 1^{er} octobre une taxe de 16 couronnes (2,15 euros) par kilo de graisses saturées, y compris dans les plats préparés. Les commentaires sur cette mesure radicale ont porté essentiellement sur la ruée des Danois vers les magasins d'alimentation, qu'ils ont dévalisés dans les derniers jours de septembre pour accumuler des réserves (avant l'hiver, quoi de plus normal ?), et aussi sur la complexité administrative

de la perception de cette taxe dans le futur. Le caractère inéquitable de cette mesure a par contre été peu souligné, alors qu'elle frappe d'abord les 'gros' consommateurs de graisses saturées, qui ont aussi les revenus les plus modestes. Fausse bonne idée alors ? Chacun jugera...

Cantines scolaires

Pour sa part, la France a pris un arrêté réglementant le contenu des repas servis à l'école. Le texte prévoit notamment le libre accès à l'eau et au pain, et impose que le sel et les sauces soient servis en fonction des plats, et ne soient donc plus mis d'office à la disposition des élèves. La France prévoit aussi l'instauration d'une taxe sur les sodas avec sucres ajoutés, et ce dès le début 2012. Cela n'a pas plu au secteur, qui n'avaie pas le fait que cette taxe serve à lutter contre l'obésité, et qui a d'ailleurs obtenu le retrait de cette mention. On dira donc simplement qu'il s'agit d'une taxe comme une autre, destinée à combler les déficits...

Réduction des risques

'Prêt pour un plan Q ?' Cette invitation quelque peu brutale nous rappelle l'existence à Bruxelles de 12 lieux labélisés 'Quality Nights', pour faire la fête à moindre risque. Après un message lié à l'écoute de musique amplifiée en 2010, l'accent a été mis

cette année sur l'importance de l'hydratation en milieu festif.

« Cette initiative inédite en Belgique a pu se concrétiser grâce à un véritable travail de collaboration entre, d'une part les associations actives dans le domaine de la promotion de la santé et d'autre par les acteurs de la fête à Bruxelles. Je suis heureux que ce label Quality Nights existe, grandisse et sensibilise les sorteurs »



précise le Ministre **Benoît Cerexhe**.

Pour rappel, voici les services obligatoires pour bénéficier du label :

- eau potable gratuite;
- préservatifs à prix modique;
- bouchons d'oreille à prix modique;
- présentoirs à documents d'infos santé;
- sensibilisation-formation de minimum 50 % du personnel en contact avec le public;
- alertes rapides lorsque des produits dangereux circulent en Belgique.

En plus, certains lieux proposent :

- accès aux personnes à mobilité réduite;
- salle 'chill out' pour décompresser dans une ambiance apaisante;
- système d'urgence médicale;
- système de retour à domicile;
- stands de réduction des risques (drogues, infections sexuellement transmissibles...).

Et d'autres services sont à l'étude comme de proposer les *soft drinks* à la vente à un prix sensiblement inférieur à celui des boissons alcoolisées.

L'initiative belge francophone va peut-être s'étendre bientôt en Flandre, et s'inscrit dans un mouvement européen, Party + (Paris, Catalogne, Suisse).

D'après un communiqué de Quality Nights

Code HON

Les responsables du code de certification des sites 'santé' ont réalisé en septembre un petit sondage auprès de plus de 8000 webmaîtres (743 réponses). Il en ressort que si HON organisait des séminaires, les sujets suivants auraient le plus de succès : comment améliorer la qualité du contenu des sites, aspects éthiques garantissant la fiabilité, aspects légaux (en fonction des pays). L'idée d'une 'journée mondiale de l'information santé en ligne' plaît aussi à plus de 80 % des répondants. Enfin, HON en profite pour rassurer ses 'affiliés' : il n'y a pas de projet pour rendre la certification payante...

Association

Une nouvelle venue en Belgique, l'APTES, association des personnes concernées par le tremblement essentiel. Cette maladie héréditaire, d'origine génétique, toucherait une personne sur 200. L'APTES a pour but de faire parler de cette affection méconnue et de mieux aider les personnes qui en souffrent.

APTES-Belgique asbl, rue Audrey Hepburn 14/15,
1090 Bruxelles. Courriel : aptès-belgique@aptès.org.
Internet : www.aptès-belgique.be et www.aptès.org.

Seniors

Le guide pratique « *Rester à la maison le plus longtemps possible. Comment faire en pratique ?* » publié par la Fondation Roi Baudouin contient une série de conseils concrets concernant le logement, la santé, l'alimentation, les démarches administratives et la vie sociale, qui pourront aider les seniors et futurs seniors à regarder leur logement et leurs comportements d'un œil nouveau.

Des accidents stupides – qui auraient pu être évités – peuvent souvent provoquer une hospitalisation, voir une admission précoce en maison de repos.

Le guide rassemble des petites astuces et conseils très concrets, qui peuvent aider les gens à anticiper certaines difficultés.

Chacun pourra donc choisir les trucs qui répondent à ses besoins propres. Tous les conseils que propose ce guide sont par nature très concrets et pour la plupart très faciles à appliquer. Un comité de lecture composé d'experts de la vie quotidienne (kinésithérapeutes, gérontologues, ergothérapeutes...) a validé le contenu de ce document.

Même si ce guide vise à préserver la qualité de vie et l'autonomie des plus de 65 ans eux-mêmes, il est évidemment aussi destiné à toute personne, que ce soit ou non pour des raisons professionnelles, qui s'engage auprès des seniors : travailleurs des soins à domicile, aidants proches, assistants sociaux, personnel soignant...

« *Rester à la maison le plus longtemps possible. Comment faire en pratique ?* » peut être commandé gratuitement auprès du centre de contact de la Fondation Roi Baudouin (publi@kbs-frb.be et 070 233 728). Il peut également être téléchargé gratuitement sur le site www.kbs-frb.be



Alimentation

Le Fonds pour l'alimentation et le bien-être de la Fédération de l'industrie alimentaire (FEVIA) lance un nouvel appel à projets.

L'appel se concentre sur des projets durables existants, qui promeuvent des habitudes alimentaires saines et suffisamment d'exercice physique, au sein d'un milieu délimité en Belgique (école, village...). Les enfants et/ou les jeunes sont concernés par l'initiative, élaborée de préférence en partenariat avec diverses organisations.

Critères de sélection

L'introduction des candidatures ne peut intervenir que par le biais du dossier de candidature prévu à cette fin via l'adresse <http://www.kbs-frb.be/call.aspx?id=209716&LangType=2060>

La date ultime de réception des dossiers par courriel est fixée au 19/01/2012.

N'entrent pas en ligne de compte pour ce nouvel appel les projets ayant obtenu un soutien financier par le Fonds en 2010 ou 2011 et les organisations professionnelles de promotion de la santé.

Sélection

Un projet débutant ou en cours, promouvant un style de vie sain aussi bien en matière d'alimentation que d'exercice physique.

- Impliquant jeunes et/ou enfants.
- Dans une région bien définie de Belgique (par exemple, un(e) ou plusieurs communes, quartiers, écoles, communautés scolaires...).
- Pouvant soumettre des résultats concrets et de préférence mesurables.
- Pouvant être multiplié, à savoir, être, moyennant quelques adaptations, repris ailleurs.
- Faisant collaborer de préférence différentes organisations et personnes.
- Pouvant être répété par le promoteur de projet et durable.
- Utilisant des méthodes qui stimulent un changement du comportement.
- Préférence est donnée aux projets innovants.

Soutien

Une somme de 50.000 euros au total est disponible pour cet appel.

Un projet reçoit un maximum de 5000 euros.

Les responsables de l'initiative sont prêts à afficher le logo du PNNS.

Les responsables de l'initiative sont prêts à rédiger un rapport financier et d'évaluation, ainsi qu'à collaborer à la communication autour du projet.

Aucun autre sponsor de l'industrie alimentaire n'est impliqué dans le projet.



Qualité de vie

« L'absence de sécurité, un facteur favorisant l'addiction aux drogues », entretien avec Jean-Pol Tassin

Enquête

Consultations jeunes consommateurs : accueillir, informer, prendre en charge, orienter, Ivana Obradovic
« Accompagner les jeunes, s'il le faut leur ouvrir l'accès à une thérapie », entretien avec Jean-Pierre Couteron

Dossier. S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé

Introduction, Céline Deroche et al.

Stratégies d'information et enjeux de santé publique

Promotion de la santé : état des lieux de l'information en France, Céline Deroche
« Apporter au citoyen les clés pour comprendre l'information sur la santé et la prévention », entretien avec Tim Greacen
« Le lobbying de santé publique est une nécessité face aux producteurs d'alcool », entretien avec Michel Craplet
« Face au lobby du tabac, délivrer une information de santé publique crédible et vérifiée scientifiquement », entretien avec Gérard Dubois
Internet : un rôle croissant dans l'information et l'intervention en santé publique, Joëlle Kivits
Circulation des connaissances entre chercheurs, communicants et professionnels de la santé : une expérience canadienne, Lise Renaud, Jérôme Elissalde, Judith Gaudet, Sylvie Louise Desrochers
Au Canada, des centres de collaboration nationale en santé publique pour rendre accessibles les connaissances, François Benoit, Mylène Maguire

Les ressources incontournables en promotion de la santé

Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé : une fonction documentaire, Catherine Gerhart

Cerfep : un centre de ressources et de formation à l'éducation du patient, Murielle Deroo

Fnes : un travail en réseau sur les ressources documentaires, Nathalie Cornec

Nord-Pas-de-Calais : un site Internet et un réseau documentaire en promotion de la santé, Benoît Dejonghe

Pédagothèque : une base nationale d'analyse des outils pédagogiques, Marie-José Moquet

Belgique : une base de données spécialisée en outils pédagogiques, Pierre Baldewyns

Une base d'outils pédagogiques d'intervention en éducation pour la santé, Nathalie Cornec

Région Bourgogne : un centre de ressources et de recherche en information et documentation, Sabrina Deschamps

Banque de données en santé publique : un réseau d'information sur la santé publique, Marie-Edith Vignon

CISMeF : un catalogue et index des sites médicaux de langue française, Gaëtan Kerdulhé

Mode d'emploi pour trouver une information fiable sur Internet, Sandra Kerzanet

Pour en savoir plus, Laurence Auvray, Olivier Delmer, Laetitia Haroutunian

Santé à l'école

Seine-et-Marne : des 'ateliers de midi' pour améliorer le climat en collège et lycée, entretien avec Valérie Monfollet

Éducation du patient

En Isère, une expérience de suivi téléphonique pour les patients insuffisants cardiaques, Pauline Rigollier, Muriel Salvat, Sylvie Ducreux, Yannick Neuder

« Les médecins généralistes sont face à la souffrance des patients », entretien avec Claudie Haxaire

Cinésanté

Juno : une adolescente face à une grossesse non désirée, Michel Condé

Depuis janvier 2010 (n° 405) tout nouveau numéro publié est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

SOMMAIRE

Initiatives

- La contraception des jeunes, une évaluation de l'Agence intermutualiste, par Anne Remacle, Catherine Lucet et Hervé Avalosse 2
Les jeunes et l'addiction, d'un paradoxe à l'autre, communiqué par le CRIOC 6
Au Sud-Soudan, après l'indépendance, le défi de la santé maternelle, par Patricia Huon 7
Les abus de brevets sur les médicaments coûtent cher, communiqué par Test-Achats et les Mutualités chrétiennes 8

Réflexions

- Les 25 ans de la Charte d'Ottawa : une génération de promotion de la santé, par Pascale Dupuis 9

Locale

- Poser la question de la santé à Bruxelles, par Jacques Morel 12

Matériel

- Un guide pour être bien dans son corps et dans son assiette, par Anne-Sophie Poncelet 14

Outils

- Potes et despotes, prévenir les violences dans les relations garçons-filles 15

Vu pour vous

- La nouvelle Love Attitude 16

Lu pour vous

- J'aime pas l'école, le Cahier santé de SIPES-ULB 17

Brèves

18

Ce numéro contient un supplément de 28 pages, 'La réduction des inégalités sociales de santé – Un défi pour la promotion de la santé', du Conseil supérieur de promotion de la santé



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

Abonnement : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités

chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré à ce numéro : Hervé Avalosse, Pascale Dupuis, Patricia Huon, Catherine Lucet, Jacques Morel, Anne-Sophie Poncelet, Anne Remacle.

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

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia,

Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1.850 exemplaires.

Diffusion : 1.750 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion

de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net – 06/2011).

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



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.



La revue Éducation Santé est réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Département de la Santé