



Les enfants et la publicité pour aliments et boissons

Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé

La promotion de la santé, vous en avez déjà entendu parler. Vous avez même pu lire un article consacré à ce sujet dans cette même revue, en août 2007¹. Mais en pratique, que pensent de nous les associations identifiées comme actrices en promotion de la santé ? Et qu'avons-nous à leur répondre ?

Peut-on travailler ensemble ?

Nombreux sont les médecins généralistes qui considèrent jouer un rôle important en promotion de la santé : par exemple, en proposant à leurs patients les dépistages et les vaccinations recommandés, en les soutenant dans certaines difficultés de vie, en les aidant à rester autonomes malgré un handicap ou à se débarrasser d'une dépendance...

Cette manière de travailler entre dans le cadre d'une relation individualisée et souvent durable. Elle est différente de l'action plus collective des professionnels du secteur de la promotion de la santé. Ces derniers peuvent en effet mener des activités aussi diverses que lutter contre les facteurs de pollution, contre le tabagisme ou d'autres facteurs de risque, sécuriser les infrastructures routières, assurer de bonnes conditions d'hygiène dans les écoles, revitaliser des quartiers déshérités, recréer du lien social lorsque les gens souffrent d'isolement...

De nombreuses compétences, issues de disciplines différentes, sont donc nécessaires pour faire de la promotion de la santé. Encore faut-il que les différents professionnels qui pourraient travailler de concert se reconnaissent, soient prêts à se rencontrer, à collaborer. Comment les associations considèrent-elles la place des médecins généralistes en promotion de la santé ? Quels leviers entrevoient-elles pour collaborer avec nous ? Quels obstacles ? Pour répondre à ces questions, nous avons envoyé un questionnaire à une série d'associations/organismes/services de promotion de la santé de tous horizons. Nous les avons

ensuite invités à une rencontre pour préciser leurs réponses et en débattre avec quelques médecins généralistes. Enfin, nous avons soumis le compte rendu de cette rencontre au regard critique de quelques autres omnipraticiens. Nous vous présentons ici l'ensemble de ces échanges.

Les commentaires des médecins généralistes relecteurs sont présentés en caractères italiques.

Quelques précisions

D'abord, « on ne **fait** pas de la promotion de la santé, on **agit** pour promouvoir la santé ! ». Autrement dit, plus qu'une technique ou une méthode bien spécifique, la promotion de la santé est avant tout une manière de faire et de penser, où chacun peut intervenir, comme il est, où il est.

■
L'articulation entre l'approche collective et l'approche individuelle [des problèmes de santé] est souvent absente.
■

Bien sûr, il existe des professionnels formés en promotion de la santé. Ils possèdent un savoir et des compétences spécifiques à ce domaine. Mais cela n'exclut nullement le médecin généraliste, bien au contraire : pour les associations interrogées, le médecin généraliste peut agir en promotion de la santé, de plusieurs manières :

- en assurant une écoute attentive et une approche globale de ses patients;
- en favorisant la participation de ses patients à la prise en charge de leur santé;
- en facilitant l'information du public et en développant un message commun en promotion de la santé : cela peut se faire de manière individuelle en consultation, mais aussi en relayant des campagnes publiques auprès de ses patients (via par exemple des brochures ou affiches dans la salle d'attente);

- en aidant ses patients à identifier ce qui détermine, influence leur santé, quels sont leurs risques – ce qui est une manière de décliner, de manière individualisée, sur le terrain, les données de santé publique;
- en les aidant à définir leurs priorités, à identifier les ressources qu'ils ont pour construire/rétablir leur santé.

Bref, le médecin généraliste a une place essentielle pour aider ses patients à élaborer leurs choix de santé/de soins, dans le respect de leur autonomie et de leur liberté.

Peut-on construire des liens entre les actions collectives, de santé publique et l'action plus individualisée des médecins ? C'est une question complexe : il est démontré, souligne un participant (médecin généraliste !), que si l'on met la priorité sur une approche individuelle de la santé sans investir au niveau social, collectif, les inégalités face à la santé augmentent !

Il n'empêche, dit un autre, que le médecin de famille reçoit des personnes, et qu'il peut avoir un grand impact sur leur bien-être...

« D'ailleurs, si le conseil minimal est une méthode validée pour la cessation tabagique, pourquoi ne fonctionnerait-il pas dans d'autres démarches de promotion de la santé ? »

L'articulation entre l'approche collective et l'approche individuelle est souvent absente. Les deux mondes semblent séparés, avec certaines méconnaissances, voire défiances : le secteur de la promotion de la santé craint que soient négligés les aspects non médicaux de la santé, tandis que le corps médical ne semble pas toujours prêt à penser en termes de santé publique... Il y a là, sans doute, plus d'incompréhension que de réelle opposition !

« Personnellement, dit un médecin généraliste, ce qui m'a permis d'articuler l'approche individuelle et l'approche collective, c'est la participation à un projet au niveau d'un petit comité (rôle de garde de 10 médecins généralistes), qui s'est étendu ensuite à un arrondissement (100 médecins généralistes) puis à une région (8000 médecins généralistes). Le temps péda-

¹ Laperche J. La « promotion » de la santé cardio-vasculaire, mais encore ? Éducation Santé, 225, août 2007.

gogique des actions collectives doit sans doute se situer au niveau des GLEMs, dodécagroupes ou rôles de garde.»

Des points positifs

Selon les associations interrogées, le médecin généraliste a de nombreux atouts pour agir en promotion de la santé. Ainsi en va-t-il de la relation qu'il construit avec son patient. Elle est particulièrement intéressante car :

- elle est directe;
- elle a lieu dans son milieu de vie (y compris le domicile);
- elle dure longtemps;
- elle survient à des moments sensibles de la vie d'un être humain;
- elle est basée sur la confiance; le crédit que porte le patient à « son médecin » est large.

En outre, quand les médecins participent activement à une démarche de promotion de la santé, ils sont particulièrement efficaces. Plusieurs intervenants l'ont expérimenté lors de projets locaux.

« A contrario, les chances de succès de telles actions sont nettement réduites lorsque les médecins généralistes sont peu ou pas impliqués. »

Des points un peu moins positifs

Il ne faut cependant pas se leurrer, les **obstacles** à l'action des généralistes en promotion de la santé sont bien réels. Certains obstacles sont liés au métier même, aux difficultés à l'exercer au quotidien – difficultés qui risquent de s'accentuer encore avec le *numerus clausus*. Cela entraîne parfois une tendance au repli sur soi, à une attitude défensive, peu favorable à une ouverture aux autres professions.

« Il faut certainement se poser des questions sur le malaise (mal-être) des généralistes en activité, plus encore que sur un pseudo-problème de numerus clausus. La revalorisation de la médecine générale ne tient pas dans l'ouverture des vannes de la formation mais plus dans une réelle reconnaissance de l'action des généralistes face à d'autres lobbies de la santé qui envahissent le monde des soins de santé primaire avec leurs pseudopodes et pseudo-centres de l'obésité, de la douleur... »

L'habitude de travailler seul peut aussi être un frein au travail avec d'autres acteurs de



Photo © Isopix

promotion de la santé. En tant que médecin de famille, on est en quelque sorte choisi par le patient. Alors l'envoyer vers d'autres, ce n'est pas toujours évident. C'est peut-être plus facile si l'on travaille déjà en équipe pluridisciplinaire, comme en maison médicale...
« Les avantages apportés par le travail en mai-

son médicale peuvent être largement compensés par un travail efficace au niveau des Cercles par exemple. Mais pour cela, il faut vraisemblablement professionnaliser le 'management' des cercles. »

Le **temps** est une autre notion majeure à prendre en considération : le temps que l'on

Merci aux personnes qui ont nourri cette réflexion :

Étienne Bajot, médecin généraliste
Martine Bantuelle, Éduca Santé asbl
Luc Berghmans, Observatoire de la Santé du Hainaut
Anne Boucquiau, cabinet de M^{me} Fonck
Raffaele Bracci, Centre local de promotion de la santé de Verviers
Sophie Clément, médecin généraliste
Jean-Luc Collignon, Centre d'Éducation du Patient asbl
Marie-José Couteau, Observatoire de la Santé du Hainaut
Christian De Bock, Infor Santé ANMC
Gaby Deleu, médecin généraliste
Michel Demarteau, Observatoire de la Santé du Hainaut
Isabelle Deschamps, Fédération des Maisons Médicales
Myriam De Spiegelaere, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Anne Geraerts, Centre local de promotion de la santé du Brabant Wallon
Claire Geraerst, médecin généraliste
Dominique Lamy, médecin généraliste
Natacha Lange, Espace Santé
Alain Levêque, École de Santé Publique ULB
Jean-Claude Loneux, Service de prévention et de médecine du travail
Véronique Morelle, médecin généraliste
Julie Pelicand, médecin généraliste et RESO-UCL
Nathalie Pierrard, médecin généraliste
Michel Roland, médecin généraliste
Patrick Trefois, Question Santé asbl
Didier Vander Steichel, Fondation Contre le Cancer
Chantal Vandoorne, APES-Ulg
Carl Vanwelde, médecin généraliste
Maryse Wanlin, FARES

n'a pas, le temps que l'on a de moins en moins parce que les déplacements, le travail administratif et les consultations en consomment davantage chaque année, le temps que l'on doit prendre en plus (ainsi, les réunions avec les généralistes se font à midi, le soir ou le week-end).

« *Mais le temps doit s'organiser en fonction des actions menées et du résultat escompté.* »

La formation lacunaire en promotion de la santé, voire même en prévention, dans le cursus universitaire joue également en défaveur d'une pratique ouverte à ces aspects. Autant le médecin se sent responsable de l'aspect curatif, autant il agit en prévention selon sa personnalité, ses conditions de travail.

À cet égard, la croyance d'une absence de rémunération spécifique est funeste. Et elle n'est pas tout à fait exacte : l'INAMI nous dit (dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 34, Chapitre III. Des prestations de santé) que : « Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs ». Mais rares sont les médecins de terrain qui « osent » consacrer une consultation entière à la prévention et se faire payer pour cette consultation.

« *La consultation de prévention proposée récemment par la ministre fédérale de la santé va sans doute lever quelques-unes de ces réticences.* »

D'autres obstacles, plus extérieurs ceux-là, ont été relevés par les participants à la discussion. La **création de partenariats** est le premier d'entre eux. Elle implique en effet d'apprendre à se connaître, à respecter le rythme de l'autre (comme les réunions du soir des généralistes), ses contraintes, ses aptitudes. On commence par devoir négocier. Souvent, les associations de promotion de la santé s'adressent d'abord à quelques généralistes. Mais ceux-ci ne sont pas toujours représentatifs de l'ensemble de leurs confrères (même au niveau local). Ce qui semblait faisable le devient parfois nettement moins une fois porté sur le terrain. Et les porteurs de projet finissent eux-mêmes par s'essouffler. Entrer dans une dynamique de projet n'est pas toujours chose aisée.

Par ailleurs, le turn over des personnes engagées dans les associations, dont le statut et les ressources financières sont fragiles, ne

facilite pas l'établissement de relations durables.

« *Pourtant, de cette double rencontre peut naître une synergie d'action où tant le promoteur de la santé que le généraliste retrouveront leurs mots (et peut-être éviteront leurs maux) pour se parler et parler au public/ patient de sa santé d'une seule voix.* »

Un second obstacle est lié à la **nature même des projets** dans lesquels peuvent entrer les médecins généralistes. N'a-t-on pas tendance à mettre la barre trop haut, à attendre des médecins des changements de pratique trop radicaux ? Alors qu'il serait déjà très pertinent d'améliorer le travail de prévention et d'édu-

■
Tous les médecins ne sont pas convaincus qu'accompagner les patients pour agir sur leurs milieux et leurs modes de vie est possible.
■

cation à la santé dans la pratique individuelle des omnipraticiens.

Car tous les médecins ne sont pas convaincus qu'accompagner les patients pour agir sur leurs milieux et leurs modes de vie est possible. Et même les convaincus se sentent parfois démunis par manque d'outils adéquats pour ce faire. Certaines associations proposent d'ailleurs une aide concrète aux généralistes : comme l'éducation des patients diabétiques à la diététique (Réseau santé diabète des Marolles par exemple) ou la prise en charge des aspects sociaux par un service local (tel Mic-Ados, un service d'aide aux jeunes en milieu ouvert à Marche-en-Famenne), etc.

« *Le médecin généraliste agit également en promotion de la santé par l'adéquation entre son discours et sa façon d'être ! Prôner l'arrêt du tabac lorsque l'on fume soi-même n'est pas simple !* »

Un troisième obstacle est le **contexte** dans lequel évolue la promotion de la santé. Les politiques sont frileuses, les investissements sont faibles. C'est simple, alors que le nombre de projets et de besoins croît, l'enveloppe budgétaire de la Communauté française pour ce secteur stagne. En plus, il manque des structures de pilotage, une reconnais-

sance d'agents de promotion de la santé, etc.

« *Nous aurions tellement à gagner si les programmes étaient cohérents et bien articulés. Si nous pouvions retrouver en même temps sur les murs, les écrans et dans les salles d'attente des praticiens les mêmes messages de promotion de la santé, déclinés sur le même mode, imaginez la force de ce message tant au niveau collectif que dans le colloque singulier du médecin et de son patient.* »

Conclusion

La prévention fait partie de nos missions. La promotion de la santé est une compétence faisant partie intégrante de « l'excellence de la pratique médicale »². Elle donne du sens à la pratique de la médecine générale, ouvre à de nouvelles manières d'accompagner la population et pas seulement les malades, aide les médecins à rendre la personne actrice de sa santé.

Bien sûr des obstacles existent mais des leviers sont également disponibles. Le plus important d'entre eux est sans doute le travail en partenariat, avec d'autres acteurs, professionnels de la santé ou non. Cela ne signifie pas que les médecins doivent arrêter de travailler en solo, ni que l'importance du colloque singulier doit être sous-estimée ; simplement, l'avantage des réseaux est d'offrir des relais, des services, des « supports » pour suivre le patient et l'aider à prendre sa santé en charge. Les réseaux existants comme les cercles ou les SISD³ pourraient être une piste à creuser.

Avant de lancer de grands projets de promotion de la santé, mieux vaut de toute manière démarrer par de petits projets locaux concrets, caractérisés par des objectifs précis, des stratégies validées, des effets observables et évaluables... et surtout avec des médecins généralistes intégrés dans les projets dès leur conception. Il est nécessaire, aussi, de prévoir d'emblée des « piqûres de

2 Frank J. Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 2005.

3 Les SISD ou Services Intégrés de Soins à domicile sont des 'institutions de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforcent l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines'.

rappel » régulières pour combattre la tendance naturelle à l'essoufflement de tout projet. Le contenu de ces rappels doit s'adapter en fonction de l'évolution du projet. Pour favoriser les rencontres entre associations locales et médecins généralistes, les Centres locaux de promotion de la santé⁴ peuvent être des ressources utiles.

Enfin, il existe de nombreuses réussites, des actions de promotion de la santé qui ont bien fonctionné avec des médecins généralistes, des trucs et astuces qui aident. Encore faut-il les mettre en lumière ! Un colloque pourrait être consacré à un échange d'expériences

en la matière. C'est ce que nous nous sommes engagés à réaliser en 2009. Alors, si vous avez des idées, si vous avez déjà participé à, ou simplement observé, des expériences intéressantes, n'hésitez surtout pas à nous contacter !

Pascale Jonckheer, médecin de santé publique, **Valérie Hubens**, chercheur en santé publique, **Jean Laperche**, médecin généraliste, **Marianne Prévost**, sociologue, **Pierre Legat**, médecin généraliste, **Thierry Wathelet**, médecin généraliste et **André Dufour**, médecin généraliste

Cet article est une version (très) légèrement modifiée d'un texte déjà paru dans la Revue de Médecine générale n° 255, en septembre 2008, et reproduit avec son aimable autorisation.

4 Les CLPS sont des organismes agréés pour coordonner sur le plan local la mise en œuvre du programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française. Ils sont constitués en asbl et regroupent différents partenaires (villes, universités, mutuelles, associations...). Ils apportent une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain en promotion de la santé, y compris la médecine préventive, mettent à leur disposition des ressources disponibles et renforcent les dynamiques locales et les actions de proximité notamment par l'organisation de conférences locales.

L'aide familiale, un maillon essentiel pour faire face aux situations de maltraitance de la personne âgée à domicile

Une étude sur la maltraitance des aînés à Liège

Dans une étude commanditée par le CAPAM (Centre d'aide aux personnes âgées maltraitées), le Département de médecine générale de l'Université de Liège a organisé des groupes focalisés avec des professionnels de la santé (médecins généralistes, infirmiers et aides familiales) sur leurs fonctions, rôles et besoins en matière de maltraitance de la personne âgée à domicile. En plus de répondre aux questions de recherche, la méthode du groupe focalisé a permis d'appréhender le contexte de travail des professionnels interrogés ainsi que l'éthique qu'ils défendent. Cet article décrit en particulier le rôle, le mandat et le positionnement éthique des aides familiales dans le réseau de professionnels confrontés aux situations de maltraitance de la personne âgée à domicile.

Un regard particulier qui s'inscrit dans la durée

Comme les autres professionnels interrogés, les aides familiales définissent la maltraitance autant dans ses aspects physiques, financiers que psychologiques. Elles identifient les causes classiques de la maltraitance (les contextes favorisant des situations de maltraitance, les profils de la personne maltraitante et maltraitée). Elles éprouvent les mêmes inquiétudes, les mêmes

difficultés que les autres professionnels à évaluer la maltraitance aux fins de l'identifier.

Cependant grâce à leur présence prolongée au domicile, les aides familiales développent une capacité d'attention particulièrement ouverte aux signes relatifs à la négligence, au manque d'attention et de soins envers la personne âgée : absences de visites, d'entretien de la maison et du linge, insuffisance de soins, de médicaments ou de nourriture parfois. Elles sont auprès des autres professionnels le relais des personnes âgées et de la famille.

« On n'appelle pas régulièrement le médecin ou alors même au point de vue de la nourriture, par exemple, il n'y a presque rien dans le frigo... Question d'hygiène de la personne aussi. Parfois, il y en a qui ne se soucient pas, on achète le moins possible... Alors que certains enfants, avec leurs propres parents, ne se rendent même pas compte qu'ils portent un pantalon pendant deux mois. »

Extrait du groupe focalisé n°3 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Une empathie bien dosée... et une éthique professionnelle

L'étude a montré combien les aides familiales éprouvent de l'empathie pour les bénéficiaires

qu'elles encadrent, et elles s'identifient parfois aux personnes âgées qu'elles côtoient. Après avoir évalué la situation en concertation parfois avec d'autres intervenants de la santé, elles modulent leurs activités professionnelles en fonction de chaque situation pour le bien-être des personnes âgées. Elles ne condamnent ni les personnes ni les situations qu'elles observent. Elles perçoivent la complexité des situations sociales, sans porter de jugement. Elles exercent « simplement » leur travail au bénéfice de la personne âgée.

« Donc, je me dis toujours que c'est notre miroir. On va vers cela aussi et je pense travailler comme j'aimerais que l'on soit avec moi si je devais faire appel à quelqu'un d'étranger. »
« Ce sont quand même de vieilles histoires parfois cuites et recuites. Oui, on voit la personne mais effectivement, on ne sait pas. »

« C'est pour cela que je critique rarement les familles, sauf cas exceptionnel car je me demande ce qu'on ferait si on avait telle personne difficile ou très malade aussi. »

Extraits du groupe focalisé n°1 réunissant des aides familiales - 2006-2007

La maltraitance, un problème complexe à gérer dans un cadre professionnel déjà très exigeant

Le travail quotidien de l'aide familiale est particulièrement difficile tant d'un point de vue logistique, temporel qu'émotionnel. Une situation de maltraitance alourdit considérablement le fardeau lié à la répétitivité du travail, la lassitude que cela entraîne, la durée d'une journée de prestation, l'instabilité des horaires empêchant une organisation optimale de la continuité des soins, les ruptures affectives dues au décès d'un patient, la difficulté de séparer vie privée et vie professionnelle, la charge d'écoute particulièrement importante, etc.

« Tu vas trois fois par semaine chez le même monsieur pendant six mois, puis du jour au lendemain, tu ne le vois plus. »

« S'il y a de l'absentéisme au travail, tout de suite on change notre horaire pour ailleurs, donc on ne sait pas toujours avoir la continuité. »

« Je referme la barrière [en sortant de chez un patient], je me dis 'C'est fini pour aujourd'hui', mais il n'y a rien à faire, de temps en temps, je [repense aux difficultés des patients et de leur famille] (...) C'est pas évident. »

Extraits des groupes focalisés n°1 et 2 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Face à ce type de situations difficiles, les aides familiales perçoivent clairement les opportunités du rôle à adopter. Moralement et

contractuellement, elles se sentent dans l'obligation de se soucier de l'évolution de la situation sociale et sanitaire du patient maltraité et de signaler tout problème observé à l'assistante sociale coordinatrice.

« Notre rôle est de le signaler, si un jour on a un doute. Déjà pour nous-mêmes nous décharger quand on rencontre un problème, ne pas garder cela sur soi. »

Extrait du groupe focalisé n°1 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Les aides familiales dans le réseau de soins

L'ensemble des professionnels, toutes disciplines confondues, concluent les entretiens par l'importance du travail interdisciplinaire. Tous sont demandeurs d'organiser des moments où chacun puisse s'exprimer, évoquer la situation des patients, échanger leurs observations, demander conseil aux autres professionnels.



Photo © Isopix

« Ici, le médecin de la dame qui n'était pas bien a téléphoné à l'assistante sociale pour bien confirmer qu'il était passé, que ce qu'on avait demandé s'établissait, et qu'effectivement, en plus, il avait demandé qu'on passe l'après-midi pour l'hydratation supplémentaire. »

Extrait du groupe focalisé n°1 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Comme dans toute autre situation, chaque professionnel a un rôle spécifique et complémentaire face à des situations de maltraitance.

Plus globalement, chacun se fait une représentation de la place qu'il occupe par rapport aux autres professionnels. Ainsi, par exemple, les médecins généralistes sont perçus par les autres professions comme étant au sommet d'une hiérarchie. Il est donc attendu d'eux qu'ils agissent face au problème, alors qu'ils peuvent aussi se sentir démunis.

La fonction des aides familiales et la perception qu'elles ont de leur propre place dans le réseau de soins ont été exprimées avec un recul et une appréciation très justes.

« Puis nous, on n'est pas impressionnantes. Un médecin a une certaine autorité, une infirmière, elle a un tablier. Nous, on fait la vaisselle, donc j'veux dire, ça nous permet, par ce biais là de dire : on fait ce que n'importe quelle bonne femme fait chez elle. Donc, (...) [on est plus à leur niveau], on n'est pas impressionnantes. »

Extrait du groupe focalisé n°1 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Il arrive que les aides familiales ressentent de la part d'autres professionnels un manque de connaissance de leurs rôles et spécificités. Or, par le temps qu'elles passent au domicile du patient, par leur travail spécifique, les aides familiales peuvent apporter des informations précieuses en particulier dans des situations de crise comme celles de maltraitance de la personne âgée.

« On a l'air de dire : 'Retourne dans ta cuisine préparer le dîner pour la dame'... L'air de dire 'Je sais, puisque je suis médecin'. »

« C'est pas facile parce que certains médecins n'en ont rien à faire de notre profession, de ce qu'on peut voir, entendre. Ça dépend qui mais il y a heureusement des médecins qui sont fort collaborateurs. »

Extrait des groupes focalisés n°1 et 3 réunissant des aides familiales - 2006-2007

Les aides familiales, un maillon fort

Les rôles dévolus à l'aide familiale sont certainement d'aider un bénéficiaire au domicile à accomplir les tâches quotidiennes qu'il ne peut plus assumer seul. Mais encore ? Les fonctions de l'aide familiale sont multiples, bien plus variées parfois que les représentations que nous en avons : l'aide familiale accompagne les seniors mais aussi les jeunes mamans et leurs enfants ainsi que les personnes handicapées dans les gestes de tous les jours. Elles contribuent à améliorer la santé et la sécurité des bénéficiaires. En matière de promotion de la santé, elles ont également un rôle éducatif de soutien aux familles, d'évaluation et de stimulation des potentialités du bénéficiaire en vue du maintien de son autonomie. Elles participent aussi parfois à l'accompagnement de personnes en soins palliatifs ainsi que de leur entourage.

Cette étude a exploré notamment le positionnement particulier de l'aide familiale confrontée à une situation de maltraitance de la personne âgée. Son action s'avère spécifique et complémentaire à celle des autres intervenants du domicile.

Grâce à sa présence récurrente et prolongée au domicile du patient, l'aide familiale peut observer, identifier les besoins et difficultés du patient, parfois recueillir ses confidences, beaucoup plus qu'un autre prestataire de soins ne pourrait le faire par une visite ponctuelle. On le voit, l'aide familiale a un rôle relationnel important.

Il s'avère que les aides familiales ont une analyse et une approche clairvoyantes des situations de maltraitance. Celles-ci alourdissent encore un contexte professionnel difficile. Les aides familiales ont conscience qu'il s'agit à chaque fois d'un phénomène social complexe auquel une réponse univoque ne peut être apportée. Elles manifestent un questionnement éthique sur la juste distance à adopter et sur leur rôle professionnel.

Les aides familiales situent bien leur action dans un cadre pluridisciplinaire.

Les données de l'étude ont révélé un certain nombre d'interrogations et notamment comment les autres professionnels du domicile perçoivent le rôle de l'aide familiale.

Au contact proche des personnes âgées, l'aide familiale pourrait occuper une place plus

importante au sein du réseau de soins à domicile ; elle pourrait constituer un relais privilégié pour le médecin généraliste, l'infirmier ou encore le kinésithérapeute. Son regard construit par l'expérience envisage la personne âgée globalement, elle la voit évoluer dans son milieu. Cette position de relais, cette attention à la réalité des situations, lui confèrent, dans le réseau d'intervenants, une « compétence de vigilance » qui pourrait être mise plus à profit. Cependant, la proximité des aides familiales avec les personnes âgées, l'empathie nécessaire pour effectuer leur travail, la place qu'elles occupent dans le réseau tendent à fragiliser ces professionnelles : il existe en effet un risque d'attachement de l'aide familiale au bénéficiaire, un risque de sombrer dans une empathie « destructrice » alors qu'elles sont insuffisamment reconnues par le réseau de professionnels.

Perspectives

Le maintien à domicile des personnes âgées constitue un défi important pour notre société, les soignants de la première ligne doivent en être conscients. Les structures de soins doivent s'adapter en conséquence. Cette évolution passe inévitablement par une amélioration de l'action pluridisciplinaire.

Une meilleure connaissance mutuelle des différents intervenants passe par le développement et l'usage d'outils pluridisciplinaires leur permettant de se rencontrer, de se former ensemble, de réfléchir ensemble au bénéfice d'un même patient (Vanmeerbeek M. & al, 2008).

Les aides familiales en particulier sont demandeurs de ces temps interprofessionnels pour mieux faire connaître leurs fonctions. Elles souhaitent également la poursuite d'un accompagnement professionnel spécifique visant à parfaire leurs compétences relationnelles et leur capacité d'analyse du sens et des finalités de leurs actions.

Valérie Massart, Marc Vanmeerbeek, Philippe Denoël, Didier Giet

Les auteurs remercient chaleureusement Madame Valérie Delincé pour son importante collaboration, sa disponibilité ainsi que les aides familiales pour leur contribution à l'étude « maltraitance ».

Nos remerciements vont également à Madame Chantal Vandoorne et Monsieur Gaëtan Absil de l'APES pour leur relecture constructive.

Adresse des auteurs : Département de médecine générale, Faculté de médecine ULg, av. de l'Hôpital 1 CHU B23, Sart Tilman, 4000 Liège.

Références bibliographiques

- Arrêté du Gouvernement wallon 16.7.1998 portant approbation du statut de l'aide familiale, M.B. 8.9.1998, p. 28876.
- PERRENOUD Philippe, *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Professionnalisation et raison pédagogique*, Paris, ESF, 2001.
- ROMBEAUX J.-M., *Aides familiales, secret professionnel, devoir de discrétion. Actuels éléments de référence*, CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie, www.uvcw.be/no_index/cpas/grandage/secret_professionnel_af.doc
- ROYEN C., VAN TICHELEN B. *Les aidants proches cherchent de l'aide. Résultats d'une enquête et perspectives*, Éducation Santé, n°231, février 2008.
- VANMEERBEEK Marc, DUCHESNES Christiane, DENOEL Philippe, MASSART Valérie, GIET Didier, *Perceptions, besoins et attentes des professionnels de la santé de première ligne en matière de qualité des soins, de continuité des soins et de collaboration multidisciplinaire*, Département de médecine générale, Université de Liège et Groupement pluraliste liégeois des services et soins à domicile (GLS), 2008, en cours.
- VANMEERBEEK Marc, MASSART Valérie, DENOEL Philippe, GIET Didier, *Étude du vécu de professionnels de la santé (infirmiers, aides familiales et médecins généralistes) en matière de maltraitance des personnes âgées à domicile*, rapport de recherche, Département de médecine générale, Université de Liège et Centre d'aide aux personnes âgées maltraitées, novembre 2006.
- VANMEERBEEK Marc, MASSART Valérie, GIET Didier. *Ressentis et besoins des professionnels de soins à domicile* in Maltraitance des personnes âgées : aider les aidants, L'Observatoire, n° 55, 2007.

Stop le sel!

Une campagne pour la réduction de notre consommation de sel

Le 7 mai dernier, **Laurette Onkelinx**, Ministre de la Santé publique, a lancé une nouvelle campagne visant à informer le grand public sur la problématique du sel.

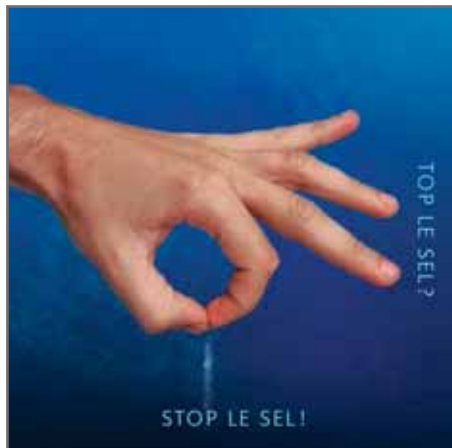
Le sel est un élément précieux de notre alimentation, mais il est nuisible en cas d'excès, conduisant notamment à l'hypertension, maladie silencieuse causant des accidents cardiovasculaires.

En Belgique, deux millions de personnes souffrent d'hypertension et la plupart d'entre elles l'ignorent. Trop de sel constitue aussi un facteur de risque pour le cancer de l'estomac et l'ostéoporose.

L'objectif de la campagne est très ambitieux, puisqu'il s'agit de diminuer à moyen terme notre consommation journalière de rien moins que 50 %, de 12 à 6 g (le standard OMS est de 5g).

Agir sur l'offre...

Comme 75 % du sel que nous ingérons provient des aliments préparés, le Plan national nutrition santé, géré au niveau du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, travaille sur ce dossier avec tous les secteurs concernés comme l'industrie alimentaire, la grande distribution et le secteur HORECA, pour que l'offre alimen-



taire soit plus pauvre en sel.

Les fédérations respectives de la distribution (FEDIS) et des fabricants de produits alimentaires (FEVIA), viennent de s'engager à diminuer la teneur de sel de leurs produits de façon significative d'ici 2012. Cela concerne le pain, les produits de viande, les sauces, les soupes, les fromages, les plats préparés, les produits à base de pommes de terre, de fruits et de légumes, commercialisés à la fois sous les marques des fabricants et des distributeurs.

Il faut saluer cette volonté de collaboration, même si elle se fait avec quelques réserves bien compréhensibles des secteurs.

Les fabricants et les distributeurs soulignent que la réduction de sel a ses limites, car il ne peut pas toujours être remplacé ou réduit dans les proportions que l'on souhaiterait pour des raisons technologiques, de sécurité alimentaire et de goût. Les produits doivent rester sûrs et répondre aux attentes du consommateur en ce qui concerne le goût, la texture et l'aspect visuel.

Les deux fédérations insistent aussi sur l'importance d'une approche européenne de la question du sel dans la chaîne alimentaire. Elle est primordiale, affirment-ils, pour préserver le tissu industriel belge et éviter toute distorsion de concurrence entre opérateurs européens. En effet, le consommateur belge pourrait préférer des produits plus 'savoureux' importés : une politique coordonnée à l'échelle européenne s'impose donc clairement dans ce domaine comme dans d'autres. Notons aussi que le Plan national nutrition santé a invité le secteur du pain à utiliser du sel iodé, ceci afin de pouvoir diminuer la carence en iode que connaît la population belge. Un accord en ce sens a été signé début avril 2009.

... Et sur la demande

Le consommateur, qui 'décide' de 25 % du sel qu'il ingère, peut aussi prendre part à cette diminution de sel dans son alimentation en optant pour des aliments pauvres en sel.

Pour informer et si possible convaincre le citoyen de l'intérêt de consommer moins de sel, une campagne d'information a été lancée avec le soutien de la Ligue cardiologique belge. Cette campagne s'appuie sur 3 outils : une brochure 'Top le sel ? Stop le sel !', un « salinomètre » et un site internet.

La brochure explique ce qu'est le sel, ses dangers et dans quels produits alimentaires il se trouve. Elle donne aussi des conseils pratiques pour limiter sa consommation. Imprimée à 1 million d'exemplaires, elle est distribuée dans les grandes surfaces, les pharmacies et par les mutualités.

Démarrage exquis

La campagne a été lancée par la Ministre Onkelinx dans le restaurant de la Porte de Namur de la chaîne EXKi, 'rapide et de qualité, proposant des produits naturels et frais à tout moment de la journée, dans un lieu à la décoration conviviale et reposante' comme le promet un document de présentation de l'entreprise.

Cette chaîne de restauration rapide 'politiquement correcte', lancée voici 10 ans par trois jeunes entrepreneurs, a bien saisi l'air du temps, et développé un concept qui

séduit de plus en plus de monde en surfant sur la valorisation actuelle du développement durable : offre dite 'santé' d'aliments et boissons, organisation 'participative' du travail, maîtrise de l'empreinte écologique, fournisseurs équitables.

Une formule qui porte ses fruits (frais !), puisqu'EXKi est présent aujourd'hui en Belgique, Italie, Luxembourg et France, et ouvre régulièrement de nouveaux restaurants.

Le « salinomètre » est un petit outil ingénieux qui permet d'apprécier à quel point un produit alimentaire est salé ou non. Le plus souvent, sur l'étiquette des produits, c'est la teneur en sodium qui est indiquée. Comme il faut la multiplier par 2,5 pour connaître la teneur en sel, le salinomètre, édité à 400.000 exemplaires, aide très simplement le consommateur à faire la conversion. Enfin, sur le site internet, www.stoplesel.be,

on retrouve des conseils pratiques, mais aussi des informations spécifiques pour les bébés et les enfants, sur les mythes qui existent autour du sel, et un petit quiz. Des « salinomètres » et des brochures peuvent également être commandés via le site.

C'est assurément une des belles réalisations du Plan depuis son démarrage en 2006, qui combine intelligemment les approches et les

partenariats. Espérons que les résultats seront à la hauteur. En tout cas il sera possible de suivre la chose : l'Institut scientifique de santé publique fournira pour la fin 2009 des données précises de consommation (sodium urinaire) au départ d'un échantillon représentatif de la population du pays, et un monitoring des mesures sera mis en place.

Christian De Bock

Respect Seniors

À l'occasion de l'inauguration de l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, une matinée d'échanges et de réflexion a rassemblé près de 300 personnes au Palais des Congrès de Namur le 12 mai dernier.

Dans un premier exposé, la sociologue **Marie-Thérèse Casman** (ULg) a dressé les contours de cette problématique : son émergence en tant que question de société à partir des années 70, la difficulté pour définir le phénomène, le peu d'études et de données 'objectives' disponibles vu la chape de plomb qui règne toujours aujourd'hui autour de la maltraitance à l'encontre des aînés.

Jean-Michel Longneaux, philosophe, chargé de cours aux Facultés Notre-Dame de la Paix, a rempli à merveille le rôle qu'on attendait de lui en déplorant le caractère selon lui étriqué du décret wallon qui réduit la maltraitance à un dysfonctionnement dans une relation interpersonnelle. Il accumula avec vivacité les

exemples d'un mode de vie en société qui génère en permanence de la maltraitance, de façon plus ou moins involontaire : idéologie de la jeunesse triomphante, dévalorisation des métiers d'aide, problèmes de mobilité qui coïncident les personnes âgées à domicile, fermeture de commerces de proximité qui sont aussi des lieux de maintien du lien social, organisation du travail qui oblige quasiment les familles à 'placer' les aînés, etc. Il insista aussi sur la complexité des relations d'aide : les aidants ne sont pas toujours des bourreaux, les personnes âgées ne sont pas toujours des saintes, des victimes; les aidants peuvent exercer sur elles des violences par défaut de compréhension de leur trajectoire de vie; sans oublier l'exigence pour les familles et les professionnels d'être partout et toujours 'bientraitants', dans une société qui ne nous reconnaît plus le droit d'avoir des faiblesses.

Bref, un exposé rafraîchissant, suivi par la projection de quelques films au contenu fort, qui

ne manquèrent pas de susciter de nombreuses réactions de la salle. Et au terme d'un suspens pas vraiment insoutenable, le nom de l'Agence nous fut dévoilé en présence d'une collaboratrice du Ministre wallon de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances¹.

Il nous reste encore une question : la création d'une agence au service des aînés, leur famille, leur entourage et des professionnels est-elle une réponse adéquate à un problème bien réel ?

Christian De Bock

Respect Seniors, rue d'Enhaive 302,

5100 Jambes. Tél.: 081 30 57 43.

Fax : 081 30 57 76. Ligne verte : 0800 30 330.

Courriel : namur@respectseniors.be.

Site : www.respectseniors.be.

¹ Qui excusa l'absence de Didier Donfut. Ce dernier avait une 'bonne' raison, vu qu'il était en train de démissionner !

Ma vision du tabac

Le FARES¹ a proposé cette année un concours destiné aux élèves de 1^{er} et 2^e secondaire sur

ce sujet des plus classiques. Il était demandé aux jeunes de faire preuve de créativité en adoptant la forme de mini-films (3 minutes maximum) ou de mini-diaporamas (de 3 à 5 images).

Les élèves étaient accompagnés d'un ensei-

gnant ou d'un éducateur pour la réalisation de leur production.

Environ 1000 jeunes de 45 écoles wallonnes et bruxelloises ont participé à cette expérience, avec en tout 74 envois.

Un jury a visionné tout cela et accordé deux

¹ En collaboration avec les Points d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes des Centres locaux de promotion de la santé, et avec le soutien du Ministre de l'Enseignement obligatoire de la Communauté française.

prix : à la classe A de Clairs Vallons à Ottignies pour un spot très humoristique présentant quelques méthodes pour arrêter de fumer, et à la classe 2B de l'Institut Notre-Dame de Charleroi pour un pastiche chanté en cœur du célèbre 'Cette année-là' de Claude François. Il a été difficile pour le jury de départager toutes les productions. En effet, le but du projet n'était pas d'organiser une compétition entre écoles mais de leur permettre d'impulser une dynamique de prévention du tabagisme participative et ludique. C'est pourquoi, tous les participants étaient invités à une séance de cinéma festive à Jambes au cours de laquelle ils ont pu faire la fête

autour d'un film populaire. Lors de cet événement, les jeunes et les professionnels ont été invités à s'exprimer par rapport à leur participation à ce concours. Il en ressort un enthousiasme pour la collaboration entre élèves, le fait de réfléchir en s'amusant, d'avoir pu montrer leur production à leurs pairs, à leur famille, etc. On retiendra de l'ensemble des propositions des jeunes un relatif conformisme dans l'approche du problème; un contenu plutôt répressif (pas vraiment surprenant à cet âge), mais emballé parfois avec un humour bien-venu; la difficulté d'évoquer la cigarette sans la montrer.

Cela mène souvent, comme le relevait pertinemment un membre du jury, à une ambivalence à l'égard du produit, qui est interdit dans l'enceinte des écoles, mais qui pour l'occasion y avait droit de cité pour les besoins de la cause... Certains jeunes ainsi mis en scène appréciaient manifestement d'être 'obligés' de faire semblant de fumer pour les besoins de la cause... La finalité du concours était de recueillir les différentes visions des jeunes. Le défi est maintenant de réfléchir aux actions de prévention les plus adaptées en tenant compte de leurs représentations.

CDB

RÉFLEXION

La publicité pour des produits alimentaires et des boissons non alcoolisées auprès des enfants

« Il y a deux mille ans, Plutarque conseillait un régime alimentaire modéré, de l'exercice physique et un sommeil réparateur comme base d'une bonne santé. Depuis lors, rien n'est arrivé à l'homme qui pourrait rendre ce conseil obsolète. Mais beaucoup de choses sont advenues qui rendent ces trois conditions difficiles à remplir. »

A.C. Grayling¹

Introduction

Une bonne santé ?

Effectivement, si l'on examine les données, le surpoids et l'obésité et, partant, leurs conséquences sur une bonne santé, bien qu'elles soient déjà graves chez les adultes, sont manifestement considérés comme étant encore plus graves chez les enfants, avec une augmentation très rapide de la prévalence au cours des deux dernières décennies². Pour 2010, on prévoit que quelque

20 millions (27,9 %) d'enfants de l'Union européenne de 5 à 17 ans inclus présenteront une pré-obésité³ et que 6 millions d'entre eux (8,8 %) seront obèses. Pour la Belgique, les données 2001/2002⁴ sont les suivantes :

entre plus de 30 pays montrent une corrélation entre la prévalence accrue de l'obésité et l'augmentation de l'énergie alimentaire, ces deux facteurs étant liés à la croissance économique nationale. Néanmoins, « Il n'y a pas une source alimen-

	Garçons (N)	Garçons (F)	Filles (N)	Filles (F)
Pré-obésité à 13 ans	10.3 %	10.9 %	7.1 %	9.8 %
Obésité à 13 ans	1.7 %	2.1 %	1.1 %	1.1 %
Pré-obésité à 15 ans	10.9 %	10.3 %	7.6 %	7.9 %
Obésité à 15 ans	2.1 %	1.1 %	1.6 %	1.6 %

¹ The Meaning of Things; Applying Philosophy to Life; pg. 170, Phoenix, 2002 (traduction libre).

² PorGrow Report for DG Research & DG Sanco. T.Lobstein & E. Millstone, 2006. www.sussex.ac.uk/spru/porgrow

³ Nous utilisons le terme « pré-obésité » pour des raisons de clarté. Bien trop souvent, l'utilisation d'un terme comme « surpoids » est un simple procédé rhétorique pour réunir sous le même qualificatif les notions de pré-obésité et d'obésité, ce dont il résulte une addition et donc une aggravation des chiffres et de la perception du problème. Le traitement de la pré-obésité, que ce soit chez l'enfant ou l'adulte, requiert une approche différente du traitement de l'obésité, ne fût-ce que parce qu'il y a une corrélation en « J » avec la morbidité.

Un régime alimentaire modéré ?

Comme le précise le rapport PorGrow (« Policy Options for Responding to Obesity : evaluating the options »), des comparaisons

taire⁵ particulière responsable de l'absorption calorique accrue au cours des deux dernières décennies : les tendances en matière d'apport

⁴ HBSC. Young people's health in context : Health Behaviour in School-aged Children 2001/2002. *Health Policy for Children and Adolescents 4*. C.Currie et al. (eds) Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004.

⁵ En réalité, comme l'ont souligné récemment différents auteurs, des corrélations avec certains aliments ou boissons particuliers pourraient bien être des indicateurs plus spécifiques de modes de vie néfastes, plutôt que des causes particulières d'obésité en soi.

dans l'UE révèlent une augmentation de l'apport total de graisse, avec une hausse significative de graisses et d'huiles obtenues à partir de sources végétales (essentiellement des huiles de semences), mais sans baisse correspondante des graisses obtenues à partir de sources animales (essentiellement issues de carcasses et de produits laitiers). Les apports alimentaires en sucre et en beurre/matières grasses du lait n'ont pas beaucoup changé durant la période considérée, tandis que les apports de fruits et légumes crus et transformés ont augmenté substantiellement ».⁶

Toutefois, en ce qui concerne l'obésité infantile, le rebond d'adiposité précoce est associé à un risque accru d'obésité ultérieure, qui peut être attribué (contrairement à ce que nous dirait notre intuition) à un régime riche en protéines et pauvre en graisses donné aux petits enfants à un moment où les besoins énergétiques sont élevés. Le rebond d'adiposité normal se produit à l'âge de 6 ans en moyenne, tandis que les personnes obèses ont eu un rebond d'adiposité à l'âge de 3 ans en moyenne.

Des données relatives à des enfants suivis pendant 20 ans en France indiquent que l'âge moyen pour le rebond d'adiposité chez les enfants nés en 1955 était de 6,2 ans, tandis que l'âge moyen pour les enfants nés en 1985 était de 5,6 ans. Chaque diminution d'un an pour le rebond d'adiposité prédit une augmentation de l'IMC de 0,84 points à l'âge de 21 ans en France. Aux États-Unis, cela équivaut à une augmentation de l'IMC de 2,5 points à l'âge de 19-23 ans⁷. Par conséquent, un régime alimentaire modéré non seulement pour ceux que nous appellerions les enfants, mais aussi pour les petits enfants – il s'agirait alors d'un régime différent – est important pour jouir d'une bonne santé.

De l'exercice physique ?

Selon les conclusions de l'enquête HBSC mentionnée ci-dessus, environ deux tiers des enfants n'accomplissent pas une heure d'activité physique modérée par jour et ce, 5 jours

par semaine ou plus. Les garçons (40 %) sont plus susceptibles d'atteindre l'objectif que les filles (27 %), et la quantité d'activités physiques diminue entre 11 et 15 ans.

En France, par exemple, plus de 40 % des garçons regardaient la télévision pendant plus de 4h par jour le week-end, alors que ce chiffre est légèrement inférieur chez les filles. Néanmoins, au Royaume-Uni, on constate une baisse graduelle du temps passé devant la télévision chez les enfants, avec un pic de 3,5 h par jour en moyenne en 2001 (11 à 16 ans) pour arriver à 2,8 heures par jour en 2006⁸. Toutefois, la présence de TV, vidéos, DVD et PC dans leur propre chambre (5-16 ans) a augmenté de 1994 à 2006, passant respectivement de 63 à 82 %, de 16 à 54 %, de 0 à 69 % et de 9 à 41 %.

■
Le contrôle de la publicité destinée aux enfants constitue l'un des problèmes dont on peut légitimement penser qu'il faut examiner en détail la perception que nous en avons.
■

Une enquête menée au Royaume-Uni en 1971, qui a été réitérée en 1990 par Hillman⁹, a indiqué que l'autorisation donnée par les parents aux enfants de se rendre de manière autonome à l'école (à pied, à vélo ou en transport en commun), par exemple, est donnée trois ans plus tard. À peine 40 % des enfants de 10 ans étaient autorisés à faire en 1990 ce que 40 % des enfants de 7 ans faisaient en 1971...

Un sommeil réparateur ?

Selon l'IOTF¹⁰, dans les pays où la moyenne d'heures de travail est la plus longue, les niveaux d'obésité sont plus élevés. Un exemple : dans les pays avec une moyenne de 1550 heures de travail par année, la préva-

lence de l'obésité est de 10 %, tandis que dans les pays où la moyenne se monte à 1900 heures, la prévalence de l'obésité excède 20 %.

Le *Baromètre européen* spécifique " Santé Nutrition montre, en outre, que la principale raison de l'absence d'une nutrition saine est le « manque de temps » (31 %), tandis que ce même manque de temps constitue pour plus de la moitié (53 %) des citoyens de l'Union européenne l'excuse pour l'inactivité physique, avec une faible variabilité de 45 % (Pologne) à 60 % (France). Pour la Belgique, ce manque de temps est ressenti par 57 % des personnes interrogées.

De plus, certaines données américaines indiqueraient que le nombre moyen d'heures de sommeil par nuit a baissé de plus d'une heure et demie au cours des 40 dernières années, pour atteindre moins de 7 heures et demie de sommeil par nuit.

Et la publicité destinée aux enfants dans tout ça ?

Bien qu'il soit trop simple de tenir pour responsable de tout ce qui précède la publicité pour des produits alimentaires destinée aux enfants, la publicité et la promotion font néanmoins parties intégrantes de l'environnement dans lequel grandissent nos enfants (et où certains d'entre eux deviennent obèses), et pourraient dès lors au moins être considérées comme des facteurs de l'« environnement générateur d'obésité ».

Ce même *Baromètre européen* semble au moins confirmer la prévalence d'une telle perception. Tandis que 71 % des citoyens européens considèrent les « parents ou tuteurs » comme la principale influence sur ce que mangent les enfants, « la publicité et la promotion pour les denrées alimentaires » est la raison qui arrive en seconde position sur la liste des raisons les plus fréquemment mentionnées, avec une moyenne de 18 %, la fourchette allant de 7 % en Finlande à 36 % à Chypre (avec 22 %, la Belgique présente un pourcentage supérieur à la moyenne).

Le rapport PorGrow, qui a étudié les différentes options stratégiques pour réagir à l'obésité, classe le contrôle de la publicité en

6 PorGrow Report for DG Research & DG Sanco. T.Lobstein & E. Millstone, 2006. www.sussex.ac.uk/spru/porgrow (traduction libre).

7 Rolland-Cachera MF, International Journal of Obesity. 30, 511-517 (2006).

8 ChildWise Monitor Report 1994-2006. www.childwise.co.uk.

9 Hillman, M (1993). One false move. In M. Hillman (Ed.) Children, transport and quality of life (pp. 7-18). London : Policy Studies Institute.

10 International Obesity Task Force, 2006.

11 Fieldwork : Nov.-Déc. 2005; Publication : novembre 2006.

France : le Conseil national de l'alimentation (CNA) appelle à de nouveaux efforts pour apprendre aux enfants à mieux manger

Après deux ans de travail, et dans un contexte de lutte contre le développement préoccupant de l'obésité infantile, le CNA vient de rendre public son rapport sur l'éducation alimentaire, la publicité alimentaire, l'information nutritionnelle et l'évolution des comportements alimentaires.

Ce rapport, assorti de 17 recommandations, est basé sur l'audition des principaux acteurs publics et privés (Ministère de la santé, Ministère de l'éducation nationale, CRÉDOC, Autorité de régulation professionnelle de la publicité, Conseil supérieur de l'audiovisuel, Union des annonceurs, TF1, M6, pédiatres, sociologues...) et les contributions de tous les acteurs de la chaîne alimentaire (industriels, distributeurs, restaurateurs collectifs, associations de consommateurs, salariés...). Il présente les dernières données chiffrées sur l'évolution du marché publicitaire, expose les principales initiatives prises par les industriels,

tant en matière d'éducation que de publicité télévisuelle, et rend compte des positions des associations de consommateurs.

Parmi les 17 recommandations formulées, on trouvera, notamment, celle demandant aux pouvoirs publics d'accorder une importance plus grande à l'alimentation et à la nutrition dans les programmes scolaires, de substituer à l'enseignement théorique actuel de la nutrition un apprentissage pratique de l'alimentation équilibrée et d'encourager plus activement les ateliers de cuisine pour enfants.

Le Conseil insiste également sur les effets positifs de la convivialité et du plaisir qui accompagnent les repas, et recommande en conséquence que les informations sur l'alimentation s'appuient plus largement sur ces valeurs. Jugeant les messages délivrés en milieu scolaire comme fondamentaux, il souhaite que les supports pédagogiques liés à ces actions soient conçus dans un esprit ludique,

prenant en compte les diversités culturelles et intégrant un volet portant sur l'éducation au goût. Il rappelle également l'importance des actions visant à lutter contre la sédentarité, notamment celle des enfants.

Concernant la publicité télévisée pour les produits alimentaires il préconise, pour les messages publicitaires diffusés aux heures de grande écoute des enfants, d'éviter toute stigmatisation et de mettre en œuvre dans le cadre d'une démarche concertée des mesures pour la valorisation d'une alimentation variée et équilibrée.

Le rapport (Avis n° 64, document de 40 pages) est téléchargeable à l'adresse http://cna-alimentation.fr/index.php?option=com_docman&Itemid=28

Conseil national de l'alimentation, 251 rue de Vaugirard, 75732 Paris cedex 15.

Courriel : cna.dgal@agriculture.gouv.fr

Communiqué par le CNA le 17 avril 2009

4^e position pour les participants de sexe masculin et en seconde position pour les participants de sexe féminin lorsqu'il examine les 7 options principales (en ignorant les 13 options laissées à la discrétion des participants qui étaient en fait mieux classées que la plupart des options principales dans au moins 5 cas). Enfin, le *Livre blanc* « Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité » de la Commission européenne aborde le rôle complémentaire des approches volontaires d'autorégulation sur la publicité destinée aux enfants et des approches réglementaires qui existent dans les États membres comme réponse, pour déterminer si d'autres approches sont nécessaires.

Ceci nous amène à la conclusion préalable suivante : tant pour la population que pour les décideurs, le contrôle de la publicité destinée aux enfants constitue l'un des problèmes dont on peut légitimement penser qu'il faut examiner en détail la perception que nous en avons.

La partie suivante de ce texte a pour objectif d'examiner en détail ce que nous entendons par « enfants » et par « publicité » ; elle examine ensuite sommairement les études existantes sur les enfants et la publicité, pour pouvoir déterminer quelles stratégies mettre en œuvre.

Qu'entendons-nous par « enfants » ?

Lors d'une réunion de l'OMS qui s'est tenue en 2006¹², il a été convenu que le terme « enfants » signifie toutes les personnes de moins de 18 ans, aux termes de la Convention des Nations-Unies relative aux droits de l'enfant. Il a aussi été admis que les enfants de 13 ans ou moins sont plus vulnérables et peuvent par conséquent nécessiter des protections plus rigoureuses.

Lorsque nous cherchons à définir le terme « enfants » en relation avec la publicité, la

recherche sur le développement du cerveau, sur l'évolution du traitement de l'information et sur l'évolution de la reconnaissance du point de vue d'autrui peuvent nous fournir des clés pour comprendre quand et comment nous pouvons parler d'enfants.

Développement du cerveau

Vers l'âge de 12 ans, le cerveau d'un enfant a la taille, les circonvolutions, le poids et la spécialisation par région de celui d'un adulte¹³. Toutefois une étude étalée sur plusieurs décennies menée par le National Institute of Mental Health (NIMH) à Bethesda, dans le Maryland aux États-Unis, a montré que le cerveau a encore un long chemin à parcourir avant d'atteindre l'âge adulte. L'équipe de recherche a montré que la matière grise s'épaissit durant l'enfance mais s'amincit ensuite en une vague qui débute à l'arrière du cerveau et atteint l'avant au début de l'âge

¹² Marketing of Food and Non-alcoholic beverages to Children. Report of a WHO-Forum and Technical Meeting. Oslo, Norway, 2-5 May 2006.

¹³ How does the teenage brain work ? Kendall Powell. Nature, Vol 442, 24 August 2006, pp. 865-867.

adulte (entre 16 et 20 ans selon les individus). Le processus se termine plus tôt chez les filles que chez les garçons¹⁴.

À mesure que la matière grise s'amincit, nous acquérons la matière blanche, les couches de myéline isolante s'ajoutant aux connexions axonales entre les cellules nerveuses (augmentant ainsi la vitesse de traitement neuronal). George Batzokis a découvert que cette « myélinisation » suit une courbe en U renversé tout au long de notre vie, avec un pic vers l'âge de 50 ans¹⁵. Selon des données plus récentes, il semble que ce pic se stabilise, avant de décliner rapidement vers l'âge de 65 ans¹⁶.

Traitement de l'information

Une revue de la littérature sur la socialisation du consommateur, et qui concerne les enfants au cours des 25 dernières années du 20^e siècle est utile pour bien appréhender la connaissance et la compréhension du marché par les enfants¹⁷.

Ce modèle de développement de l'enfant, bien qu'il reconnaisse beaucoup des stades de développement de Piaget, postule trois étapes dans le traitement de l'information. Avant 7 ans, les enfants ont des capacités de traitement limitées; ils rencontrent des difficultés de stockage et d'extraction de l'information, même lorsqu'on les guide ou invite à le faire. Les enfants de plus de 12 ans, par contre, recourent à différentes stratégies pour stocker, extraire et utiliser l'information, même en l'absence de conseil ou d'incitation. Entre 7 et 11 ans, bien qu'ils puissent utiliser les mêmes stratégies que les enfants de 12 ans, ils ont besoin d'être aidés par des conseils ou des incitations explicites. Par rapport à la publicité, pour le groupe des 7-11 ans, cela signifie que, même si la compréhension est présente et peut être utilisée de manière critique pour faire face à la publicité, l'enfant n'y accèdera pas et ne l'utilisera pas nécessairement pour évaluer les messages publicitaires.



Photo © Fotolia

Point de vue

Il y a également la capacité de l'enfant d'adopter le point de vue d'autrui qui se développe de la petite enfance à l'adolescence, par étapes, et dont il convient de tenir compte pour examiner la compréhension de la publicité par les enfants¹⁸.

Avant 6 ans, l'enfant est incapable d'adopter le point de vue d'autrui; il voit le monde selon son propre point de vue. Entre 6 et 8 ans, il se rend compte que les autres personnes ont d'autres opinions et d'autres motivations, mais il croit que c'est parce que les autres personnes disposent d'informations différentes et pas parce qu'ils adoptent un point de vue différent par rapport à une situation. Entre 8 et 10 ans, les enfants acquièrent une compréhension du fait que les personnes disposant des mêmes informations peuvent avoir des opinions ou des motivations différentes. La capacité de prendre en compte simultanément le point de vue de l'autre personne apparaît entre 10 et 12 ans. Finalement, le jeune adolescent peut adopter un point de vue plus mature et plus objectif en envisageant le point de vue d'une autre personne comme une facette de l'appartenance au

groupe social ou au système social dans lequel ils évoluent.

Commentaire

Tout ceci pourrait expliquer pourquoi Jeffrey Goldstein affirme la chose suivante : « *Je crois que les efforts qui visent à déterminer quand les enfants comprennent la publicité sont dans l'erreur pour trois raisons. Premièrement, il n'existe pas d'âge magique à partir duquel une personne comprend la publicité (...). Les débats souvent passionnés sur la publicité m'amènent à conclure que de nombreux adultes ne comprennent pas la publicité non plus (...). Deuxièmement, les tests sur la compréhension menés par les chercheurs sont si rigoureux que même des adultes raisonnables échoueraient (...). Enfin, et c'est sans doute l'argument le plus important, il n'existe tout simplement aucune donnée probante qui établirait un lien entre le degré de compréhension de la publicité par les enfants et l'effet qu'elle a sur eux* »¹⁹.

Nous reviendrons sur cet aspect, vu les données probantes plus circonstanciées rassemblées dans une revue récente de Hastings²⁰.

14 Gogtay, N et al. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 101, 8174-8179 (2004).

15 Bartzokis, G et al. Arch. Gen. Psychiatry 58, 461-465 (2001).

16 Allen J. et al, American Journal of Human Biology 17, 673-689 (2005).

17 John D.R. Journal of Consumer Research 26(3), 183-213 (1999).

18 Selman R.L. « The growth of interpersonal understanding », New York Academic Press (1980).

19 Goldstein J, Commercial Communications, 4-7, July 1998.

20 « The extent, nature and effects of food promotion to children (electronic resource): a review of the evidence : technical paper prepared for the WHO »; G. Hastings, L. McDermott, K. Angus, M. Stead & S. Thomson - Juillet 2006 (traduction libre).

Conclusion

Étant donné que même des adultes peuvent ne pas comprendre la publicité et que, vu leur goût pour une société sans risques, ils préfèrent de plus en plus faire porter la responsabilité à des agents externes (écoles, gouvernements) au lieu d'assumer leur propre responsabilité, nous devons être prudents et ne pas affaiblir le développement réellement nécessaire des enfants en « prenant le contrôle »; le contrôle et la compréhension constituant les deux dimensions de la perception du risque. En sous-trayant le contrôle de la responsabilité individuelle, on augmenterait en fait cette même perception de risque, en particulier lorsque le niveau de compréhension est faible. Par conséquent, d'un point de vue pragmatique en ce qui concerne la publicité et la manière dont ils y réagissent, nous définirons les enfants de moins de 12 ans, les adolescents de moins de 16 ans et toutes les autres personnes plus âgées comme n'étant pas trop compétentes non plus en la matière.

Qu'entendons-nous par « publicité » ?

Nous savons²¹ que l'OMS fait référence à la « commercialisation » (« marketing ») et pas à la publicité, ce qui implique que toutes les formes de promotion commerciale doivent être considérées comme une partie de l'ensemble de l'action.

En outre, il a été convenu que cette « promotion » comprend non seulement la promotion qui vise délibérément les enfants et qui prévoit de les atteindre, mais aussi la promotion qui vise d'autres groupes mais à laquelle les enfants sont aussi abondamment exposés.

Lorsque nous envisageons « toutes les formes de promotion commerciale », sans faire preuve d'exhaustivité, cela comprend donc, outre la publicité classique par les médias de masse, le marketing direct et la promotion commerciale, également le placement de produits (tout particulièrement dans les séries télé et les films), la communication via l'internet et les téléphones portables (ou communication électronique), le marketing à l'école, etc.

Par conséquent, pour des raisons pragma-

tiques, nous avons redéfini les « enfants » de l'OMS en « enfants » et « adolescents » et, étant donné que leur comportement concret vis-à-vis des médias n'est de toute manière pas identique, nous rejoignons l'avis de l'OMS pour notre définition des enfants en ce qui concerne la promotion visant délibérément les enfants de moins de 12 ans et qui prévoit de les atteindre; nous estimons plus évident de prendre en considération, pour notre définition des adolescents, la promotion visant d'autres groupes mais à laquelle les autres « enfants » selon l'OMS (principalement de 12 à 16 ans) sont abondamment exposés. Ceci est corroboré par la découverte selon laquelle la capacité à établir une distinction entre la publicité et d'autres formes d'information se développe entre quatre et sept ans²².

Publicité visant les enfants : la recherche

Considérations préalables

Lorsque nous examinons les recherches disponibles dans ce domaine, il est judicieux de tenir compte des propos de Corinna Hawkes au Forum 2006 de l'OMS, qui affirme qu'il est nécessaire de préciser les objectifs de la réglementation pour savoir s'ils concernent :

- un marketing responsable vis-à-vis des enfants (qualité);
- une réduction quantitative du marketing alimentaire perçu par les enfants (quantité), ou
- de meilleurs choix alimentaires par les enfants et leurs parents (résultats).

En ce qui concerne le premier aspect, nous disposons d'un corpus de recherche suffisant pour nous guider. C'est moins le cas en ce qui concerne les deux autres aspects.

Le réel paradoxe auquel nous serons confrontés est le suivant :

- d'une part, il semble que les interdictions de publicité dans différents pays (Norvège, Suède, Québec) n'ont eu que peu, voire aucun effet sur l'obésité infantile, cette dernière ayant continué d'augmenter (même après correction des données en fonction

de l'argument de l'influence publicitaire « transfrontalière »);

- mais alors, pourquoi l'industrie alimentaire et des boissons continue-t-elle à investir des sommes d'argent considérables dans la publicité pour ses produits ?

Collecte de données probantes à partir de revues de recherche

Par conséquent, nous ne pouvons nous contenter du message selon lequel la publicité ne marcherait pas. Goldstein lui-même admet que « *La publicité nous influence. Si un message est répété suffisamment souvent, les personnes l'acceptent dans une mesure croissante* ».

Mais, si elle nous influence, quel effet a-t-elle ? Encore une fois, selon Goldstein, « *Quatre revues de recherche sur les enfants et la publicité, menées dans quatre pays (la Suède, la Belgique, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne), sont parvenues à des conclusions largement concordantes, à savoir qu'il n'y a pas de preuves convaincantes que la publicité influence le matérialisme et les valeurs des enfants, leurs habitudes alimentaires, la consommation de tabac et d'alcool, les stéréotypes sur le genre et l'appartenance ethnique, la violence, la socialisation, ou qu'elle ait un effet quelconque à long terme.* (Björkstam, 1994; de Bens & Vandenbruaene, 1992; Goldstein, 1994; Young, 1990) ».

Une anomalie est présente dans la plupart des études dans ce domaine : elles se concentrent principalement sur la publicité à la télévision, qui constitue, il est vrai, le principal média de masse pour les plus jeunes, mais tout de même.

En outre, différentes études semblent confondre le fait de regarder la télévision et l'exposition aux publicités à la télévision. Alors que selon certaines études, le point critique en ce qui concerne l'obésité chez l'enfant se situe au-delà de deux heures et demie de télévision, ces études n'ont pas eu besoin de tenir compte de la présence ou non de publicité pour tirer leurs conclusions.

En fait, plusieurs études indiquent comme cause éventuelle la nutrition passive/consommation passive de boisson – renonçant ainsi aux signaux de satiété en regardant la télévision – et d'autres études ont

21 Voir note 12.

22 Bergler R., Commercial Communications, pp. 41-48, janvier 1999 (et les références contenues dans ce document).

démontré que la manière la plus facile et la plus accommodante de prévenir l'obésité est de réduire d'une heure par jour le temps passé à regarder la télévision, plutôt que de changer les habitudes alimentaires. À ce propos, une étude belge est parvenue à la conclusion que ce n'est pas seulement le temps passé devant n'importe quel écran en général, mais qu'il y a une différence d'obésité qualitative et quantitative entre regarder la TV et se trouver devant l'écran de son ordinateur, la télévision étant plus passive et plus nocive que le PC !

Effets qualitatifs

Dans la revue établie par Hastings, nous trouvons les conclusions suivantes :

« Partout, la revue a établi que la télévision est le principal canal utilisé par le commerce alimentaire pour toucher les enfants, même si certains éléments tendent à prouver que le caractère dominant de la télévision a commencé à décliner dernièrement... La publicité destinée aux enfants est dominée par les produits alimentaires, et particulièrement les produits qu'on appelle les 'Quatre Grands', les céréales sucrées pour le petit-déjeuner, les sodas, et les snacks sucrés et salés. Au cours des 10 dernières années, les publicités pour les fast-foods ont connu une croissance rapide, ce qui a transformé les 'Quatre Grands' en 'Cinq Grands'. »

Toutefois, selon l'avertissement accompagnant cette revue, la collecte de preuves s'est principalement limitée à des articles examinant des enfants américains et, par conséquent, leur environnement publicitaire.

En Allemagne, au moins, la publicité à la télévision n'a qu'une importance secondaire; les enfants de 3 à 13 ans passent 11 % de leur temps à regarder la télévision, et 1,4 % de leur temps à regarder des publicités télévisées. Pour les enfants de 6 à 13 ans, les principales sources publicitaires sont la télévision (94,6 %), la radio (28,4 %) et la publicité/les panneaux à l'extérieur (12,9 %) en ce qui concerne les médias de masse (toutefois, étant donné qu'il s'agit de données de Bergler, il pourrait y avoir des différences culturelles en ce qui concerne le comportement des médias de masse belges, mais l'essentiel est là). Il convient d'ajouter au moins la promo-



Photo © Fotolia

tion dans les points de vente, et, en particulier pour les adolescents, l'Internet, bien que ce média soit, d'un point de vue pragmatique, beaucoup plus difficile à contrôler par nature. Une revue récente de l'Institute of Medicine²³ américain nous fournit les conclusions suivantes :

« Un aspect important dans les discussions sur l'influence des publicités pour les aliments et les

boissons et le marketing qui s'adresse aux enfants et aux jeunes concerne le stade de discernement. Avant un certain âge, les enfants ne disposent pas des moyens de défense ou des capacités nécessaires pour être en mesure de distinguer un contenu commercial d'un contenu non commercial, ou pour prêter des intentions de persuasion à la publicité. Les enfants développent généralement ces aptitudes à l'âge de 8 ans, mais jusqu'à 11 ans, il se peut que des enfants n'activent pas leurs moyens de défense si on ne leur signale pas explicitement.

²³ Institute of Medicine, *Food Marketing to Children and Youth : Threat or Opportunity*, 2005.

De nombreuses preuves donnent à penser que la publicité à la télévision influence les demandes d'achat de nourritures et de boissons chez les enfants de 2 à 11 ans. Les preuves sont insuffisantes quant à son influence sur les demandes d'achat d'adolescents de 12 à 18 ans. Il existe une quantité raisonnable de preuves selon lesquelles la publicité télévisée influence les opinions en matière de boissons et de nourriture chez l'enfant de 11 ans.

Les preuves sont insuffisantes quant à son influence sur les opinions des adolescents de 12 à 18 ans. De nombreuses preuves donnent à penser que la publicité à la télévision influence la consommation à court terme des enfants de 2 à 11 ans. Les preuves sont insuffisantes quant à son influence sur la consommation à court terme des adolescents de 12 à 18 ans.

Il existe une quantité raisonnable de preuves selon lesquelles la publicité télévisée influence le régime alimentaire habituel des jeunes enfants de 2 à 5 ans et de faibles preuves qu'elle influence le régime alimentaire habituel d'enfants plus âgés, de 6 à 11 ans. Les preuves sont également faibles quant au fait qu'elle n'influencerait pas le régime alimentaire des adolescents de 12 à 18 ans ».

Selon Bergler, dès l'âge de 6 ans, 57 % des enfants comprennent que la publicité existe pour vendre des produits, et 34 % d'entre eux commencent à remettre en question la crédibilité de la publicité à cet âge-là.

Mais le problème se situe à un autre niveau. La plupart des études peuvent nous guider assez aisément vers ce qui devrait, au bout du compte, devenir les règles auxquelles la « promotion commerciale » doit se conformer, c'est-à-dire une publicité légale, décente, qui dit la vérité, qui ne s'adresse pas au monde imaginaire de l'enfant, etc.

Mais ces études ne concernent, en réalité, que la partie qualitative de l'équation, et pas la partie quantitative ou le résultat final.

Effets quantitatifs

Dans la revue de Hastings, nous trouvons également un début de réponse à la question « quantitative » (c'est-à-dire : la publicité exerce-t-elle une influence sur la progression des ventes d'une catégorie d'aliments):

« On trouve partout des preuves que la promotion alimentaire provoque tant des change-

ments de marques que des effets de catégorie, le soutien étant plus important pour le second effet. Bien qu'aucune étude ne fournisse de comparaison circonstanciée de l'ampleur de ces deux types d'effet, ils ont tous deux été examinés de manière indépendante et il existe des preuves raisonnablement fortes que les deux ont lieu. En d'autres termes l'influence de la promotion alimentaire ne se borne pas au changement de marque.»

■
Supposer qu'une réduction
de la publicité qui vise les enfants
résoudra le « problème »
et permettra par conséquent
de modifier les comportements
alimentaires est non seulement naïf,
mais aussi scientifiquement
indéfendable
■

L'un des aspects de la publicité, ou plutôt des efforts de commercialisation/communication, est que la simple pression commerciale continue de la concurrence au sein d'une catégorie spécifique de produits pourrait bien être le moteur de l'extension de cette catégorie en tant que telle²⁴. Ou, comme le formule Estelle Lebel à l'Université du Québec « *La publicité pour les produits alimentaires ne favorise pas un régime équilibré, non pas tant à cause de la présence de certains produits, mais plutôt en raison de la surreprésentation de ces produits qui ne cadre pas dans les recommandations nutritionnelles d'une part, et de l'absence totale de ceux qui cadrent dans ces recommandations, d'autre part* »²⁵.

Le fait que la pression du marketing concurrentiel peut généralement promouvoir la croissance globale d'une catégorie est encore corroboré par des preuves dans le cadre du programme « FoodDudes » en Grande-Bretagne. Les interventions dans les écoles qui font la promotion de la consommation de certains fruits et légumes en recourant à des techniques de marketing comme des vidéos, des personnages de dessin animé et

des petits prix – une forme louable de « marketing social » – ont établi que les effets de ces interventions pouvaient être généralisés²⁶.

« Les changements étaient donc significatifs et durables. De plus, des preuves évidentes ont montré que ces effets se sont généralisés à travers toute la catégorie des fruits et légumes. C'est-à-dire que la consommation de fruits et légumes qui ne sont pas visés explicitement par l'intervention a également augmenté ».

Conclusion sur les effets qualitatif et quantitatif

Par conséquent, chez les enfants (jusqu'à l'âge de 12 ans), la publicité influence effectivement les achats de nourriture et de boissons, les opinions sur la nourriture et les boissons, les modes de consommation à court terme et le régime alimentaire habituel. D'une manière plus générale, la publicité (et *in fine* la pression commerciale) a, en outre, des effets de catégorie, c'est-à-dire qu'une pression accrue du marketing concurrentiel augmente la croissance de la catégorie.

Donc, oui, la publicité fonctionne. Mais affirmer que cela équivaut à dire que la publicité est le seul agent responsable de comportements nutritionnels (et modes de vie) malsains, c'est aller trop loin. En d'autres termes, l'industrie joue un rôle dans ce système, mais au même titre que de nombreux autres intervenants.

En outre, supposer qu'une réduction de la publicité qui vise les enfants résoudra le « problème » et permettra par conséquent de modifier les comportements alimentaires est non seulement naïf, mais aussi scientifiquement indéfendable.

Effets sur les résultats

Si nous considérons le résultat comme l'objectif final, la publicité est toutefois une stratégie unique peu efficace pour une modification des comportements.

Nous savons, grâce à la recherche en matière de changement social, qu'une bonne attitude

24 http://www.respire-asbl.be/impression.php3?id_article=212.

25 Estelle.lebel@com.ulaval.ca (traduction libre).

26 Lowe F. et al. *Changing the nation's diet: a programme to increase children's consumption of fruit and vegetables*. Bangor, School of Psychology, University of Wales, 2004 (Working Paper N° 5; <http://www.fooddudes.co.uk/downloads/Working%20paper%20No.%205.pdf>, accessed September 2007).

ne se traduit pas forcément par un bon comportement. S'il y a bien un domaine où la publicité est efficace, c'est celui du changement d'attitude, mais pas des comportements, car d'autres types de stratégie sont nécessaires pour cela.

Depuis le début des années 1860, les psychologues se sont intéressés à la relation entre les attitudes et le comportement. De nombreuses études en psychologie sociale ont donné lieu à plusieurs théories entre 1918 et 1925. Fondamentalement, ces théories ont suggéré que les attitudes peuvent expliquer les actions de l'être humain; en d'autres termes, les actions de l'être humain étaient considérées comme un indicateur possible du comportement. En 1935, Gordon W. Allport ²⁷ a précisé que la relation attitude-comportement n'était pas à sens unique, mais plutôt interactive et multidimensionnelle. À la base de tout cela, il y a tout d'abord l'hypothèse qu'il existe une relation entre les deux et, deuxièmement, que les personnes se comportent de manière rationnelle, c'est-à-dire que l'on peut supposer un principe sous-jacent de cohérence, et plus précisément qu'ils évoluent tous deux dans la même direction.

Si nous savons aujourd'hui qu'il n'existe pas d'« homo rationalis », tout comme les économistes ont dû apprendre, à leur grande honte, qu'il n'existe pas d'« homo economicus », il en va autrement dans la pratique.

Bien que la plupart des modèles d'« attitude », qu'ils soient structurels ou fonctionnels, s'accordent à dire que les attitudes ne se bornent pas à une simple composante cognitive, la plupart des stratégies de promotion de la santé qui visent un changement de comportement se limitent trop souvent à une simple diffusion d'information.

Pour paraphraser Jean-Pierre Poulain ²⁸: « *Le cas de certains pays anglo-saxons, où les dimensions culturelles de la nourriture n'ont pas la même intensité qu'en France, mérite une certaine réflexion : le développement de l'obésité et le développement de programmes*

d'information nutritionnelle ont une histoire beaucoup plus longue là-bas [qu'en France]. Le paradoxe américain nous montre que le niveau le plus élevé d'obésité se trouve dans une société où l'information nutritionnelle est la plus largement diffusée ²⁹ ».

La « connaissance », en tant que composante de l'attitude, peut difficilement être une condition suffisante pour changer son comportement.

Pire, la transmission d'informations à des personnes peut induire des effets pervers. L'opinion publique peut être si saturée de messages sur la santé (assez souvent contradictoires) que non seulement la crédibilité de ces messages s'en trouve diminuée mais, en outre – et c'est plus important – les messages réellement pertinents sont banalisés. Guttman, Kegler et McLeroy ³⁰ ont baptisé ce phénomène le *paradoxe de la diffusion d'information*, ou ce que nous pourrions appeler le « phénomène de décrochage ». Peu importe la façon dont on appelle ce phénomène, les personnes se mettent au « régime informationnel », voire deviennent des « anorexiques

■
La plupart des chercheurs
recommandent de ne pas utiliser
de stratégie basée sur la peur mais,
manifestement, ce message n'est
pas encore parvenu jusqu'aux
personnes chargées de la promotion
de la santé ou aux décideurs
politiques en la matière!
■

de l'information ».

À l'inverse, l'information sur la santé peut influencer des groupes de population (hypochondriaques, profils restrictifs obsessionnels, anxieux par rapport à la santé) dans une mesure telle que leur soif d'information tient presque de la boulimie, et leur soif de solutions, purement médicales en général, devient excessive. Nous appellerions ce phénomène

le *paradoxe de la demande erronée excessive*.

Et, dernier aspect mais non des moindres, il y a le réel problème suivant : l'information ne parvient guère aux classes socioéconomiques les plus basses. Ainsi, la promotion de la santé accroît l'inégalité sociale existante en ce qui concerne la santé. Il s'agit du *paradoxe du fossé de la santé*.

Dans ce cas, comment se fait-il que la diffusion de l'information soit prédominante dans ce domaine ?

Les raisons suivantes ont été suggérées par plusieurs collègues :

- la recherche d'explications rationnelles à notre comportement fait partie intégrante de notre culture (du moins occidentale);
- l'accent qui est mis sur l'influence exercée sur notre connaissance est probablement un repli stratégique, étant donné qu'il n'est pas si facile d'influencer notre comportement;
- la diffusion d'information respecte le libre choix en ce qui concerne notre santé et est par conséquent assez conforme aux traditions démocratiques.

Une stratégie régulièrement utilisée dans les programmes de prévention est le recours à la peur. Faire peur aux gens en les confrontant aux conséquences négatives de leur comportement semble intuitivement être une bonne stratégie. Pourtant, Janis ³¹ a démontré dès 1967 que cette stratégie n'atteint pas l'effet escompté; ce phénomène a été confirmé en 1994 par Sherr ³². La raison de ce phénomène peut se résumer comme suit :

- les effets sur l'attitude et l'intention de modifier le comportement sont de courte durée;
 - la répétition du message mène à l'habituation, et la peur disparaît;
 - en donnant plus d'intensité au message, on arrive au décrochage /au rejet;
 - les relations dose-effet ne sont pas constantes.
- C'est pourquoi la plupart des chercheurs recommandent de ne pas utiliser ce type de stratégie mais, manifestement, ce message

27 In McCormack Brown (1999) Theory of reasoned action/Theory of planned behavior. Voir http://hsc.usf.edu/~kmbrown/TRA_TPB.htm.

28 Jean-Pierre Poulain. Manger Aujourd'hui. Attitudes, normes et pratiques. Éditions Privat, 2002. p. 197.

29 Rozin P., Towards a Psychology of Food Choice, Danone Chair Monograph, Brussels. 1998.

30 Guttman N., Kegler M., McLeroy K.R. Editorial : Health promotion paradoxes, antinomies and conundrums. Health Education Research, Vol 11 : pp. i - xiii, 1996.

31 Janis I.L. Effects of fear arousal on attitude change : recent developments in theory and experimental research. In L. Berkowitz (Ed.) Advances in Experimental Social Psychology (Vol.2), NewYork Academic Press, 1967.

32 Sherr L. The psychological impact of fear-arousing campaigns. In J.P.Dauwalder (Ed.) Psychology and the promotion of health. Seattle : Hogrefe & Huber Publishers, 1994.

n'est pas encore parvenu jusqu'aux personnes chargées de la promotion de la santé ou aux décideurs politiques en la matière !

Nous pouvons tirer quelques autres leçons, en ce qui concerne les limites de la « promotion de la santé », des travaux de Petty et Cacioppo³³ sur le Modèle de probabilité d'élaboration, qui comprend deux voies dans le processus de persuasion, la première étant une voie centrale systématique, la seconde

tifs mesurables et spécifiques³⁴.

Le modèle « TransTheoretical Model of Change » a servi de base à l'élaboration de certaines des interventions les plus efficaces pour promouvoir des changements comportementaux en ce qui concerne la santé³⁵.

Au cœur de ce modèle, on trouve les « stades de changement ». Le changement implique des phénomènes qui se produisent dans le temps. Cet aspect a toutefois été largement

que seulement 15 % des personnes régressent sur le processus entier jusqu'au stade de la précontemplation; une grande majorité ne régresse que jusqu'au stade de la contemplation ou de la préparation.

Ce modèle convient pour le recrutement d'une population toute entière. Les interventions traditionnelles partent souvent du principe que les individus sont prêts pour un changement comportemental immédiat et permanent. La plupart des stratégies de recrutement reflètent cette supposition et, en conséquence, seule une toute petite proportion de la population participe et, souvent, il ne s'agit pas de la partie de population prévue au départ.

En revanche, ce modèle n'émet aucune hypothèse sur la mesure dans laquelle les individus sont disposés à changer; il reconnaît que différents individus se trouveront à différents stades et qu'il faut élaborer des interventions adéquates pour chacun. Ces interventions adéquates doivent être élaborées pour tous. Par conséquent, on a atteint de très hauts taux de participation, de même que des taux de maintien élevés.

En fine, ce modèle, qui a été appliqué précédemment à une grande variété de comportements problématiques³⁶ peut faire l'objet d'une évaluation plus appropriée des résultats, car il a une grande efficacité et un taux de recrutement élevé, ce qui augmente significativement son impact potentiel sur des populations entières d'individus présentant des risques pour la santé liés au comportement.

Options de politique

Les approches autorégulatrices optimales sont, d'après l'OMS elle-même (mais aussi selon le Livre blanc de l'Union européenne), les stratégies adéquates pour assurer que les formes de promotion sont légales, qu'elles disent la vérité, qu'elles sont décentes et honnêtes, et qu'elle sont en mesure de faire face à d'autres aspects de la commercialisation

Traitement systématique	Traitement superficiel
Forte probabilité d'élaboration	Faible probabilité d'élaboration
Grande implication	Faible implication
Voie centrale	Voie périphérique
Traitement prudent de l'information	Très peu d'information traitée
Dépend de bons arguments (la force de l'argument est essentielle)	Dépend de règles générales, de conseils externes (que l'argument soit fort ou faible n'a aucune importance)
Traitement cognitif	Réaction instinctive, attractivité, statut...

une voie périphérique superficielle :

Dans notre environnement médiatique moderne, il semble de plus en plus que la voie centrale soit plutôt l'exception que la règle, car tant la motivation que la capacité de traiter toute l'information disponible sont assez faibles chez une majorité de citoyens.

Donc, alors que le temps est donné, la crédibilité de la source d'information n'a pas ou pas beaucoup d'implication, et la peur ne fonctionne pas vraiment; nous voyons en l'occurrence que même la force des arguments n'a pas ou pas beaucoup d'implication, contrairement à l'attrait du message... Et un sujet tel que la promotion de la santé n'est, de par sa nature, pas nécessairement « attrayant ».

De réels effets sur les résultats allant au-delà de simples limitations de la publicité ou d'un marketing social simpliste ?

Un marketing social effectif qui va au-delà de la simple publicité a pour premier point de repère un « changement comportemental » dans le sens d'interventions qui cherchent à modifier le comportement, avec des objec-

ignoré par les théories alternatives du changement. Le changement comportemental a souvent été considéré comme un événement, comme le fait d'arrêter de fumer, de boire ou de manger trop.

Ce modèle par contre considère le changement comme un processus impliquant une évolution au travers de cinq stades (précontemplation, contemplation, préparation, action et entretien) avec des régressions et des rechutes lorsque des individus reviennent à un stade antérieur du changement. On peut régresser depuis n'importe quel stade vers n'importe quel autre stade antérieur. La rechute est une forme de régression vers un stade antérieur depuis l'action ou l'entretien. La mauvaise nouvelle est que la rechute tend à être la règle lorsqu'une action est entreprise pour la plupart des problèmes comportementaux liés à la santé. La bonne nouvelle est, par exemple pour ceux qui arrêtent de fumer ou commencent à faire de l'exercice,

34 Andreasen A.R. Marketing Social Change. Changing Behaviour to Promote Health, Social Development and the Environment. Jossey-Bass Publications : San Francisco, CA, 1995.

35 Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. Changing for Good. A Revolutionary Six-Stage Program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. Quill, 2002.

33 Petty R.E., Cacioppo J.T. & Schumann D. Central and peripheral routes to advertising effectiveness : the moderating role of involvement. In Journal of Consumer Research, 10 (1983), pp. 134-148.

36 Arrêter de fumer, l'exercice physique, les régimes pauvres en graisse, le test de radon, l'abus d'alcool, la maîtrise du poids, l'utilisation du préservatif pour la protection contre le VIH, le changement organisationnel, l'utilisation d'écrans solaires pour prévenir le cancer de la peau, l'abus de drogue, la conformité au traitement médical, la mammographie et la gestion du stress...

comme le produit, le prix et le lieu. Elles doivent toutefois être complétées d'approches régulatrices qui réduisent le simple volume de promotion commerciale pour des aliments et des boissons auprès des enfants. Étant donné que le système autorégulateur « qualitatif » en Belgique n'atteint pas encore complètement les normes établies par l'EASA ³⁷, il faut que le système autorégulateur tel qu'il est géré aujourd'hui par le Jury d'éthique publicitaire atteigne les objectifs fixés par l'Union européenne dès que possible. Cela implique des mesures concernant les efforts de promo-

37 European Advertising Standards Alliance (Alliance européenne pour l'éthique publicitaire).

tion dans les points de vente et les efforts de marketing direct et sur internet.

Simultanément, il appartient aux autorités de prendre des mesures concernant la réglementation « quantitative » de la publicité visant les enfants, en fixant des quotas par catégorie, en limitant les occasions de publicité par catégorie, en surveillant les dépenses de marketing par catégorie ou toute autre mesure qui offre une réponse adéquate aux effets de « pression du marketing sur la catégorie ».

Toutefois, en ce qui concerne les mesures ciblées sur les « résultats », vu le nombre restreint de preuves scientifiques, au lieu d'initiatives « fondées sur des données probantes » – qui sont sur-

tout un prétexte pour ne pas avoir à mener de recherches du tout – le Gouvernement devrait prendre en considération des programmes de marketing social durables à long terme financés adéquatement, qui viseront au moins les changements comportementaux.

Johan De Rycker, Département des Sciences de l'information et de la Communication (ULB), et **Laurence Doughan**, experte en politique nutritionnelle, co-coordinatrice du Plan national nutrition santé belge
Adresse des auteurs : Plan national nutrition santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Place Victor Horta 40/10, 1060 Bruxelles

OFFICIEL

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française nommant les membres du Conseil supérieur de promotion de la santé

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, notamment l'article 5, tel que modifié par les décrets du 17 juillet 1998, 17 juillet 2003 et du 26 mars 2009;

Vu les propositions formulées par les organes de gestion ou de concertation des institutions visées à l'article 5 du décret susvisé;

Considérant qu'il convient de nommer les membres effectifs et suppléants du Conseil supérieur de promotion de la santé,

Arrête :

Article 1^{er} - Sont nommés respectivement membre effectif et membre suppléant du Conseil supérieur de promotion de la santé : §1^{er}. En qualité de représentants des *Écoles de santé publique* :

M. **Deccache Alain**, effectif, et M. **D'Hoore William**, suppléant;
M^{me} **Godin Isabelle**, effective, et M. **Levêque Alain**, suppléant;

M. **Mairiaux Philippe**, effectif, et M^{me} **Guillaume Michèle**, suppléante.

§2. En qualité de représentants de l'*Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale* :

M^{me} **Jonckheer Pascale**, effective, et M. **Dufour André**, suppléant.

§3. En qualité de représentants de l'*Office de la naissance et de l'enfance* :

M^{me} **Sommer Myriam**, effective, et M^{me} **Mauroy Marie-Christine**, suppléante.

§4. En qualité de membres choisis en raison de leur compétence particulière dans le domaine de la *prévention du sida* et des autres *maladies sexuellement transmissibles* :

M. **Clumeck Nathan**, effectif, et M. **Martens Vladimir**, suppléant;
M. **Legrand Jean-Claude**, effectif, et M^{me} **Vassart Monique**, suppléante.

§5. En qualité de représentants des *associations mutuellistes* :

M. **De Bock Christian**, effectif, et M^{me} **Gerard France**, suppléante;

M^{me} **Spiege Catherine**, effective, et M^{me} **Viroux Anne**, suppléante.

§6. En qualité de représentants de l'*Association des provinces wallonnes* :

M. **Berghmans Luc**, effectif, et M. **Demarteau Michel**, suppléant;
M. **Maassen Philippe**, effectif, et M^{me} **Lannoye Godelieve**, suppléante;
M^{me} **Hicquet Dominique**, effective, et M. **Demelenne Michel**, suppléant.

§7. En qualité de représentants des *médecins généralistes*, représentant respectivement les associations de médecins et la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones :

M. **Cuvelier Lawrence**, effectif, et M. **Vercruysse Bernard**, suppléant;
M. **Laperche Jean**, effectif, et M^{me} **Hanot Bénédicte**, suppléante.

§8. En qualité de représentants des *Centres locaux de promotion de la santé* :

M^{me} **Végairginsky Catherine**, effective, et M. **Dadoumont Benoît**, suppléant;

M. **Mouyart Philippe**, effectif,
et M. **Bracci Raffaele**, suppléant;
M^{me} **Polomé Lydia**, effective,
et M^{me} **Demortier Viviane**, suppléante;
M^{me} **Leva Chantal**, effective,
et M^{me} **Paternotte Valérie**, suppléante.

§9. En qualité de membre choisi en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la lutte contre la *tuberculose et les autres affections respiratoires* :

M^{me} **Wanlin Maryse**, effective,
et M^{me} **Spitaels Martine**, suppléante.

§10. En qualité de membre choisi en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la *prévention des assuétudes* :

M. **Bastin Philippe**, effectif,
et M. **de Duve Martin**, suppléant.

§11. En qualité de représentant des *pharmaciens d'officine* :

M. **Guillaume Georges**, effectif,
et M^{me} **Lecroart Anne**, suppléante.

§12. En qualité de représentant des *services communautaires de promotion de la santé* :

M^{me} **Taeymans Bernadette**, effective,
et M^{me} **Vandoorne Chantal**, suppléante.

§13. En qualité de représentant des *centres de référence* :

M^{me} **Vandenbroucke Anne**, effective,
et M^{me} **de Foy Thérèse**, suppléante.

§14. En qualité de représentants des *associations reconnues d'usagers du système de santé* :

M^{me} **Serano Carine**, effective,
et M^{me} **Fogel Marie-Françoise**, suppléante;
M^{me} **Vanderstichelen Émilie**, effective, et M^{me} **Wathelet Dominique**, suppléante.

§15. En qualité de représentant de la *Commission de promotion de la santé à l'école* :

M. **Daumerie Philippe**, effectif,
et M^{me} **Henry Fabienne**, suppléante;

M^{me} **Vermeeren Axelle**, effectif,
et M^{me} **Lecrenier Myriam**, suppléante.

§16. En qualité de représentant de la *Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport* :

M^{me} **Jeunehomme Martine**, effective,
et M^{me} **Antoine Marie-Hélène**, suppléante.

§17. En qualité de membres choisis en raison de leur *compétence* ou de leur *action* particulière en promotion de la santé ainsi qu'en qualité de membres de la *société civile* choisis en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs et de l'intérêt manifesté pour la promotion de la santé.

Les secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale, de l'aide aux personnes fragilisées, sont représentés :

M. **Mercier Michel**, effectif,
et M^{me} **Étienne-Largo Carol**, suppléante;
M. **van der Straten Georges**, effectif,
et M^{me} **Caspers Emmanuelle**, suppléante;
M. **Collignon Jean-Luc**, effectif,
et M. **Biot Pierre**, suppléant;

M. **Pettiaux Michel**, effectif,
et M^{me} **De Spiegelaere Myriam**, suppléante;
M^{me} **Bantuelle Martine**, effective,
et M^{me} **Deliens Cristine**, suppléante;
M^{me} **Swennen Béatrice**, effective,
et M^{me} **Wérion Hugnette**, suppléante.

Article 2. - Est désignée en qualité de représentante, avec voix consultative, du *Gouvernement de la Communauté française* : M^{me} **Boucquiau Anne**.

Article 3. - Sont désignés en qualité de représentants de la *Région wallonne* :

M^{me} **Nick Laurence**, effective,
et M. **Reynier Hugues**, suppléant.

Article 4. - Est désigné en qualité de représentant du Ministre chargé de la Santé pour la *COCOF* : M. **Lahaye Thierry**, effectif.

Article 5. - Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa signature.

Bruxelles, le 11 mai 2009

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse, et de la Santé, M^{me} **Catherine Fonck**

Madame **Chantal Leva** a été élue
Présidente du Conseil et Monsieur **Michel
Pettiaux** Vice-président le 19 juin 2009.

Le Plan national nutrition et santé vu par Boerke





Communication

Liège

20 et 27 août 2009

Atelier « Et si on communiquait vrai ? », deux journées de formation organisées par le planning familial le « 37 ».

Afin d'améliorer vos relations aux autres et pour vous affirmer de façon plus adaptée, le « 37 » vous propose des outils concrets à découvrir en groupe. À l'aide d'exercices interactifs, individuels ou collectifs, et de situations fictives, cet atelier vous aidera à mieux communiquer dans le respect de soi et des autres. Dates : les jeudis 20 et 27 août 2009 de 9h15 à 16h30.

Lieu : Planning Familial le « 37 » rue St. Gilles 29 à 4000 Liège.

Prix : 35 € pour les 2 journées.

L'inscription est indispensable et demande de préférence une rencontre préalable.

Renseignements : 04 223 77 89 ou sur le site www.le37.be

Santé mentale

Bruxelles

10 septembre 2009

L'Autre « lieu »/Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives présente « Ceci n'est pas un colloque ! » au Théâtre du Méridien, Chaussée de la Hulpe, 200 à Watermael-Boitsfort.

Comment parler autrement des questions de santé mentale ? En présence de conteurs, slammeurs, poètes... qui nous raconteront des histoires, scanderont des tranches de vie, dynamiseront nos réflexes de pensée.

Contact : Aurélie Ehx, L'Autre « lieu », Tél.: 02 230 62 60, Courriel : aurelie.autreliu@edpnet.be

Formation

Liège

À partir du 14 septembre 2009

Le CERES (Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Environnement et la Santé) organise un nouveau programme de formation en Education et Communication pour la Santé (CAPS) du 14 septembre 2009 au 19 février 2010.

Cette formation poursuit les objectifs suivants :

- promouvoir la santé en utilisant des moyens de communication appropriés;
- maîtriser les outils de la recherche d'emploi;
- améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi;
- découvrir les réseaux professionnels liés au secteur de la promotion de la santé.

Cette formation gratuite, d'une durée de 21 semaines, est destinée à des personnes sans activité professionnelle et est organisée avec le soutien du Fonds Social Européen, du Forem, de la Région wallonne et de la Communauté française. Séance d'information le mercredi 2 septembre 2009 à 10h.

Séance de sélection le vendredi 4 septembre 2009 à 10h.

Renseignements : CERES - Université de Liège,

Place Delcours 17 - Bât. L1, 4020 Liège.

Tél.: 04 366 90 60. Fax : 04 366 90 62.

Courriel : steceres@ulg.ac.be.

Site web : www.ceres.fapse.ulg.ac.be.

Estime de soi

Liège

À partir de septembre 2009

Améliorer son estime de soi ensemble, c'est possible ! Vous éprouvez des difficultés à oser, à dire non, à vous faire confiance, à placer vos limites, à vous respecter... et vous avez envie de changement ?

L'équipe du « 37 » vous propose un travail en petits groupes où l'on évoque avec respect et précaution sa personnalité, son parcours de vie et surtout ses possibilités d'agir afin d'améliorer significativement son estime de soi.

Via des exercices individuels et collectifs et grâce à des apports théoriques, on découvre ce qui se cache derrière le concept d'estime de soi. Et surtout, chaque participant(e) se donne un objectif personnel, fil rouge entre les séances, que chacun essaiera d'atteindre grâce au soutien du groupe. Il est ouvert à tout adulte et jeune adulte, homme ou femme et se limite à 8 personnes.

Concrètement, il s'agit d'un module de 6 séances de 3 heures.

Lieu : rue St Gilles 29, 4000 Liège.

En journée de 13h30 à 16h30 : les mardis 29 septembre, 13 et 27 octobre, 10 et 24 novembre, 8 décembre 2009.

Ou en soirée de 19h00 à 22h00 : les jeudis 1^{er}, 15 et 29 octobre, 12 et 26 novembre, 10 décembre 2009.

Prix : 120 € pour le module entier (réduction de 30 € pour les membres de la Mutualité chrétienne de Liège en ordre d'assurance complémentaire).

L'inscription est indispensable et demande un entretien préalable gratuit.

Renseignements au 04 223 77 89 ou sur le site www.le37.be.

Formation

Bruxelles - Liège

À partir de septembre 2009

En partenariat avec les centres locaux de promotion de la santé concernés, l'asbl Repères propose 2 cycles de formation « Des concepts à la pratique en promotion de la santé », respectivement à Bruxelles et à Liège.

La promotion de la santé étant au carrefour de secteurs divers, cette offre s'adresse aux acteurs de santé et aux acteurs du champ social, culturel, ou éducatif intéressés par les pratiques participatives et communautaires.

Chaque cycle comprend 4 journées initiales suivies de 6 demi-jours d'ateliers d'échange de pratique.

Dates :

Bruxelles : 24/09, 01/10, 22/10, 12/11 + 10/12/2009, 07/01/2010, 11/02, 18/03, 22/04, et 06/05 (Informations au CLPS de Bruxelles : 02 639 66 88).

Liège : 09/10, 30/10, 20/11, 11/12/2009 + 08/01/2010, 12/02, 12/03, 02/04, 23/04 et 07/05/2010 (Informations au CLPS de Liège : 04 349 51 44).

Les inscriptions se font à l'asbl Repères : 02 539 15 89 ou via le site www.reperes.be.

Santé mentale et bien-être

La Maison du Hainaut (institution provinciale) a pour mission, parallèlement à celle de représenter la Province de Hainaut et ses différents services, de participer au bien-être, et même au mieux-être des Hainuyer(e)s.

À travers des séances de parole et de réflexion, elle contribue à atteindre cet objectif avec l'aide d'une psychanalyste qui reçoit gratuitement et anonymement ceux qui souhaitent une rencontre, un dialogue et surtout, une solidarité dans l'écoute

de l'autre et du partage des expériences, parfois difficiles à vivre seul(e).

En toute confidentialité, les personnes souhaitant échanger et se soutenir mutuellement peuvent donc s'inscrire à ces séances, qui ont lieu plusieurs fois par semaine, selon les besoins.

Les thématiques abordées lors de ces séances : le sentiment de solitude, la peur des autres, les conflits familiaux, les relations parents-ados, le travail...

Pour toute information, les personnes intéressées peuvent contacter Nadine Fournaux au 071 64 10 65 ou par courriel : nadine.fournaux@hainaut.be.

Publicité

Vigilance Action Pub !, une plateforme associative pour un encadrement renforcé des pratiques publicitaires.

Une dizaine d'associations venues d'horizons divers ont fondé récemment une structure commune baptisée « Plate-forme Vigilance Action Pub ! » (VAP !). Les partenaires réunis dans cette initiative souhaitent obtenir un encadrement renforcé des pratiques publicitaires. La 'VAP !' a ainsi rédigé un mémorandum en vue des élections régionales et européennes du 7 juin.

Parmi les demandes formulées au monde politique : libérer le service public de la publicité commerciale; protéger l'espace public et ses usagers via un moratoire sur l'affichage publicitaire; maintenir les enfants en dehors de l'influence publicitaire, mettre un terme à la publicité pour les transports polluants; créer un organe d'observation et de contrôle des pratiques publicitaires...

Alors que la crise environnementale et la crise économique appellent une réorganisation en profondeur de notre façon de vivre, le secteur publicitaire n'a de cesse de poursuivre son extension, d'alimenter, entretenir et aggraver des modes de production et de consommation non durables. 'VAP !' se donne pour objectif de nourrir et d'amplifier un large débat public et critique sur la place de la publicité commerciale dans la société – en particulier dans l'espace public –, d'obtenir le renforcement des règles encadrant les pratiques publicitaires et de valoriser des alternatives au rôle et au discours porté par la publicité commerciale.

Fruits et légumes à l'école

À la demande du Conseil européen, la Commission européenne a réalisé une étude qui a établi que la consommation de fruits et légumes stagne globalement et qu'elle est particulièrement faible chez les enfants et les adolescents. Ce comportement alimentaire pourrait avoir, à moyen terme, un effet négatif sur la production européenne et sur la santé des populations puisqu'il est prouvé qu'une alimentation équilibrée, riche en fruits et légumes, est un facteur important de prévention en matière de santé (obésité, certains cancers, troubles cardio-vasculaires...).

Le 19 novembre 2008, le Conseil des Ministres de l'Agriculture de l'Union européenne a abouti à un accord politique sur la proposition de la Commission relative à la mise en place d'un programme en faveur de la consommation de fruits et légumes à l'école.

À l'initiative du Ministre de l'Économie **Benoît Cerexhe** qui avait l'agriculture dans ses attributions avant les élections régionales du mois passé, le Gouvernement régional bruxellois a marqué son accord de principe quant à l'introduction, auprès de la Commission européenne, d'un plan stratégique visant à organiser la distribution de fruits et légumes dans les écoles primaires bruxelloises, dès l'année scolaire 2009-2010.

L'objectif est d'éduquer les populations scolaires à l'alimentation en vue d'améliorer leur santé; mais aussi d'informer et de promouvoir les produits durables et de qualité.

Ce plan stratégique est introduit en collaboration avec les communautés française et flamande.

Co-financé par l'Union européenne, le programme est prévu pour une durée de trois ans, et sera mis en place dès le mois d'octobre 2009. La participation des écoles à ce programme est volontaire mais les établissements scolaires qui y adhèrent doivent s'engager à respecter un certain nombre de dispositions, à savoir :

- l'organisation de programmes d'accompagnement relatifs à l'éducation à l'alimentation et à l'information concernant le mode de production et d'utilisation des fruits et légumes;
- la mention claire du co-financement par l'Union européenne, la Région, la Communauté et, le cas échéant le secteur;
- mais aussi l'acceptation d'éventuelles missions d'évaluations qualitatives et de contrôle (obligatoire) des dépenses.

Ce programme de distribution de fruits et légumes dans les écoles primaires est financé à concurrence de 198.478 euros par la Commission européenne et à concurrence de 100.000 euros par la Région bruxelloise.

Communiqué par le Ministre bruxellois de l'Économie

Publications

Associations de patients

La Fondation Roi Baudouin s'est penchée sur le financement, la typologie et les besoins des associations de patients en Belgique.

Elle a réalisé en juin 2008 une enquête quantitative auprès de 400 associations, complétée par deux ateliers d'interprétation qualitative.

L'étude a permis d'identifier 45 % de petites entités, fonctionnant avec moins de 5.000 euros par an, 40 % d'associations de taille moyenne (entre 5.000 et 50.000 euros par an), et 15 % de grosses structures. Près de 80 % des associations n'ont pas de personnel.

Cette recherche fournit d'autres informations précieuses, et permet d'estimer le poids de ces acteurs peu visibles du système de santé à 20 à 25 millions d'euros. Elle apporte un peu de transparence dans un paysage très fragmenté.

La situation financière des associations de patients en Belgique, par Alain Denis et Lut Mergaert, Fondation Roi Baudouin, Série Participation des patients dans les soins de santé et la politique de santé, 2009, 120 pages. Téléchargeable gratuitement sur le site www.kbs-frb.be, où la version papier peut aussi être commandée.

Revues

Contact Santé

Le dernier numéro est largement consacré à un dossier 'L'enfance, d'un univers à l'autre', avec comme sous-titre interpellant 'Une politique de santé de l'enfant et de l'adolescent existe-t-elle dans notre pays ?'.

Il fait 56 pages et est en vente au prix de 5 euros. Vous pouvez retrouver le sommaire détaillé, les auteurs et la présentation de ce numéro sur le site http://www.santenpdc.org/pages/contactsante/cs_227.asp

Pour commander le numéro ou s'abonner, courriel : contact.sante@grps-npdc.fr, ou téléphone : 33 (0)3 20 15 49 36.

¹ Les associations initiatrices de la plateforme 'VAP !' sont : Consoloids.be, le Conseil de la jeunesse d'expression française (CJEF), Culture et développement, les Équipes populaires, le Groupe socialiste d'action et de réflexion en audiovisuel (GSARA), la Fédération Inter-Environnement Wallonie (IEW), Inter-Environnement Bruxelles (IEB) et Respire asbl.

Notre site certifié conforme !

Depuis quelques années, vous avez la possibilité de consulter *Éducation Santé* en ligne sur notre site www.educationsante.be. Plus de 1.100 articles y sont maintenant accessibles en texte intégral, et un agenda ainsi que des brèves plus fournies que dans la version papier du magazine y sont mis à jour plusieurs fois par mois. Le site reçoit plus de 500 visiteurs chaque jour.

Si vous l'avez consulté récemment, vous aurez remarqué en bas de la page d'accueil un petit carré avec les lettres HONcode et le texte 'certifié 05/2009'.

Le moment nous a en effet semblé propice pour solliciter un 'label de qualité', ce qui est bien utile dans la jungle des innombrables sites 'santé' du net, où le meilleur (parfois) côtoie le pire (souvent), où le commercial prend largement le dessus sur l'information objective.

La Fondation Health On the Net est l'organisation de référence en matière de promotion et de mise à disposition de l'information en ligne sur la santé et la médecine, ainsi que de son utilisation appropriée. Créée en 1995, HON est une organisation non gouvernementale, sans but lucratif, accréditée par le Conseil économique et social des Nations Unies. Elle s'est focalisée sur une question essentielle, celle de fournir aux citoyens et aux professionnels des informations de santé qui respectent un code éthique et déontologique.

Le HONcode est la référence la plus largement admise pour la santé en ligne et les éditeurs médicaux. Actuellement, le code est employé par plus de 6.500 sites web certifiés, couvrant 118 pays. Il est utilisé dans 34 langues.

Le HONcode est basé sur huit principes éthiques. Il demande que les administrateurs de sites indiquent clairement l'origine des informations

fournies (auteurs, références scientifiques reconnues etc.), leur politique de confidentialité et de protection des données personnelles de leurs visiteurs; qu'ils mentionnent l'origine (société commerciale, organisations, institutions) du financement du site et le rapport entre la publicité et le contenu éditorial du site.

Il s'agit d'un système de certification volontaire basé sur un procédé d'évaluation fait par HON qui, quand il est conclu avec succès, permet à des éditeurs web d'afficher un sceau unique et dynamique (le logo HONcode) sur leur page d'accueil. Alors que le HONcode est premièrement destiné aux éditeurs de sites médicaux et de santé, le logo du HONcode aide également les utilisateurs à identifier des sources fiables d'information.

Pour un site 'santé', ne pas être certifié HON ne signifie pas qu'il soit de mauvaise qualité. Par contre, bénéficier du label offre une bonne garantie de sérieux au visiteur. Nous sommes donc heureux de rejoindre le club !

Christian De Bock, rédacteur en chef

Les 8 principes

Autorité
Complémentarité
Confidentialité
Attribution
Justification
Professionnalisme
Transparence du financement
Honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale
Pour en savoir plus sur ces 8 principes et le code en général :
<http://www.hon.ch/HONcode/French/>

Initiatives

Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé par <i>Pascale Jonckheer, Valérie Hubens, Jean Laperche, Marianne Prévost, Pierre Legat, Thierry Wathelet et André Dufour</i>	2
L'aide familiale et la maltraitance des personnes âgées, par <i>Valérie Massart, Marc Vanmeerbeek, Philippe Denoël et Didier Giet</i>	5
Stop le sel !, par <i>Christian De Bock</i>	8
Respect seniors par <i>Christian De Bock</i>	9
Résultats du concours 'Ma vision du tabac', par <i>Christian De Bock</i>	9

Réflexion

La publicité pour des produits alimentaires et des boissons non alcoolisées auprès des enfants, par <i>Johan De Rycker et Laurence Doughan</i>	10
--	----

Officiel

Composition du Conseil supérieur de promotion de la santé	19
---	----

Vu pour vous

Le Plan national nutrition santé vu par <i>Pieter De Poortere</i>	21
---	----

Brèves

22

Éditorial

24

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.

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

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02 515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

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, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale

Jonckheer, Roger Lonfils, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.900 exemplaires.

Diffusion : 2.700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education 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 seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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