

ÉDUCATION SANTÉ

MARS 2015
309

La littératie en santé *Pascale Dupuis*



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

www.educationsante.be

Le 15 novembre dernier, la Fondation contre le Cancer organisait une matinée d'information consacrée à la question du dépistage du cancer. Devant un auditoire de 250 personnes, des experts ont fait le point sur les campagnes d'information et les programmes de dépistage de cancers à forte prévalence, comme le cancer colorectal, le cancer du sein et celui du col de l'utérus.

Le cancer reste un sujet préoccupant pour la plupart des Belges. Bon nombre d'entre eux savent qu'il est important de découvrir un cancer le plus tôt possible, mais les programmes de dépistage organisés par les autorités sont peu ou mal connus et ne rencontrent pas toujours le succès espéré, en particulier du côté francophone. Pourtant, ils sont gratuits et sauvent des vies ! On entend régulièrement des remises en cause de la pertinence de certains dépistages. C'est pourquoi il est important de bien informer la population sur leurs avantages, mais aussi sur les inconvénients afin que chacun puisse prendre une décision éclairée.

Les dépistages systématiques en Fédération Wallonie-Bruxelles¹

Deux programmes de dépistage sont organisés en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le programme de dépistage du cancer colorectal (Hemoccult®)

Avec près de 8 000 nouveaux cas par an en Belgique, le cancer colorectal est le cancer digestif le plus fréquent. Il est la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme, après celui du poumon, et également la deuxième cause de décès par cancer chez la femme, après celui du sein. Sa dangerosité, ainsi que l'existence d'un test efficace et sans danger pour le détecter justifient la mise en place d'un programme de dépistage. « *Un dépistage avant l'apparition de signes cliniques est d'autant plus recommandé que le pronostic associé au cancer colorectal est étroitement lié à son stade de développement au moment du diagnostic* », insiste le

Docteur **Anne Boucquiau**, responsable du Département prévention à la Fondation contre le Cancer. L'identification des individus atteints d'une lésion précancéreuse (adénome) ou d'un cancer débutant est donc un enjeu essentiel.

Les programmes de dépistage organisés par les autorités sont peu ou mal connus et ne rencontrent pas toujours le succès espéré, en particulier du côté francophone. Pourtant, ils sont gratuits et sauvent des vies !

En 2006, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait émis des conclusions en faveur d'un dépistage organisé, rejoignant les recommandations européennes. En Fédération Wallonie-Bruxelles, depuis 2009, un programme de santé publique organise un dépistage de masse du cancer colorectal auprès d'une population à risque moyen, asymptomatique, appartenant à la tranche d'âge 50-74 ans sans antécédent personnel de maladie inflammatoire et sans antécédent personnel ou familial d'adénome et/ou de cancer colorectal. Ce dépistage a pour but d'identifier les sujets porteurs d'une lésion, sujets qui pour la plupart ne se seraient pas présentés spontanément avant l'apparition de symptômes.

Les personnes habitant en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale reçoivent tous les deux ans par la poste une invitation, par lettre

personnalisée, à participer au programme de dépistage du cancer colorectal. « *Pour sa première participation, la personne est invitée à se rendre chez son médecin généraliste* », explique **Michel Candeur**, coordinateur du programme de dépistage du cancer colorectal de la Fédération Wallonie-Bruxelles. « *Celui-ci interroge le patient pour déterminer la conduite à tenir en fonction du niveau de risque. Si la personne présente un risque moyen de développer un cancer colorectal, le médecin lui remet un test Hemoccult® à réaliser à la maison. En cas de risque plus élevé, il prescrit à son patient une coloscopie. En cas de résultat négatif, la personne recevra, deux ans plus tard, toujours par la poste, une nouvelle invitation, accompagnée cette fois du test, ce qui lui évite de se rendre à nouveau chez son médecin, tout en diminuant la charge de travail de ce dernier.* »

Le test de recherche de sang occulte dans les selles est appelé à évoluer. « *Le test Hemoccult® ne sera probablement plus utilisé dans les mois à venir* », indique Michel Candeur. « *Comme c'est déjà le cas en Flandre, nous nous orientons vers un test immunologique qui présente les avantages d'être plus simple à utiliser puisqu'il ne recourt qu'à un seul prélèvement au lieu de trois avec le test Hemoccult®, de détecter plus facilement des petites lésions et d'être spécifique à l'hémoglobine humaine.* »

Le programme de dépistage du cancer du sein (mammotest)

La fréquence du cancer du sein augmente partout dans le monde depuis une cinquantaine d'années, principalement à cause du vieillissement de la population. Heureusement,

¹ Cet article concerne la situation du dépistage des cancers en Belgique francophone en 2014, dernière année au cours de laquelle la compétence en matière de médecine préventive était exercée par la Communauté française.

la mortalité par cancer du sein diminue grâce aux progrès médicaux et à la mise en place du dépistage dans les pays à hauts et moyens revenus.

La Belgique détient le triste record du taux d'incidence annuel le plus élevé au monde, avec 188 cancers du sein pour 100 000 femmes. Chez nous, il provoque 20 % des décès par cancer chez la femme. C'est un des taux les plus élevés dans le monde. On ne s'en explique pas très bien les raisons.

Cependant, depuis une dizaine d'années, la fréquence de cette maladie est stable. Elle a même légèrement diminué entre 2003 et 2008, probablement grâce au déclin des substitutions hormonales à la ménopause. En dix ans, la mortalité a baissé de 20 %. Et contrairement à ce que l'on entend souvent, la fréquence du cancer du sein n'augmente pas chez les femmes de moins de 50 ans.

Quelques facteurs de risque du cancer du sein sont identifiés, comme entre autres, l'âge, des facteurs génétiques et familiaux, le surpoids, la consommation d'alcool, la sédentarité, le tabac. Certains de ces facteurs sont maîtrisables, d'autres pas. On peut néanmoins détecter précocement le cancer du sein. Plus tôt il est diagnostiqué, meilleures seront les chances de guérison, moins lourd et plus efficace sera le traitement.

Le programme de dépistage du cancer du sein par mammographie invite tous les deux ans les femmes âgées de 50 à 69 ans à pratiquer gratuitement un mammothest.

Statistiquement, la pratique du dépistage entraîne une diminution du risque de mourir d'un cancer du sein évaluée à 20 %.

Le dépistage du cancer du sein présente toutefois certains inconvénients comme les faux positifs (une femme sur dix), les faux négatifs (25 % des cancers du sein) et le surdiagnostic (une à deux tumeurs sur dix sont détectées et traitées alors qu'elles n'auraient jamais posé de problème). « *Un autre inconvénient est le cumul de radiations X qui peuvent entraîner des cancers radio-induits* », souligne le Docteur Boucquiau. « *C'est pour cette raison qu'en dehors de risques particuliers, le dépistage à partir de 40 ans ne se justifie pas.* »

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Conseil de l'Union européenne a recommandé de mettre en place un programme



Photo © Fotolia

organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus. « *Contrairement à la Flandre, il n'y a malheureusement pas, ou pas encore, espérons-le, de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Belgique francophone* », déplore Anne Boucquiau.

À l'heure actuelle, seules des campagnes d'information sont organisées, incitant les femmes de 25 à 65 ans à réaliser un frottis de col chez leur médecin, même si elles ont bénéficié d'une vaccination HPV. Le frottis est recommandé tous les trois ans et bénéficie d'une intervention de l'INAMI.

Le cancer du col de l'utérus est la sixième cause de décès par cancer. Il touche généralement les femmes après l'âge de 35 ans. S'il est considéré comme étant peu fréquent, il est cependant associé à une mortalité d'environ 50 %.

Ce type de cancer est le résultat à long terme d'une infection du col de l'utérus par des virus très contagieux, les papillomavirus. Ceux-ci sont transmis au cours des relations sexuelles. Le cancer du col de l'utérus se développe lentement et est habituellement précédé de lésions précancéreuses (dysplasies) qui peuvent progresser et se transformer en cancer invasif du col après cinq à dix années de présence.

« *Il existe deux méthodes de prévention qui doivent se combiner* », précise Anne Boucquiau : « *la vaccination contre le virus HPV et la réalisation d'un frottis de dépistage. L'utilisation d'un préservatif diminue le risque d'infections par HPV.* »

C'est certainement le développement du frottis par dépistage qui a diminué de la façon la plus significative à ce jour le nombre de cancers du col dans les pays industrialisés. « *Il est encore trop tôt pour voir les effets de la vaccination* », précise le D^r Boucquiau. Voilà pourquoi il a été recommandé, au niveau européen, de réaliser un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans et de parvenir à couvrir 80 % de la population cible. Cependant, dans la pratique, une étude récente montre que seulement 61 % de la population féminine bénéficie d'un dépistage individuel. La couverture est meilleure chez les jeunes patientes (de 25 à 34 ans) et devient médiocre (44 %) après 60 ans.

Une autre recommandation européenne encourage à vacciner les filles de 12 à 18 ans contre les infections à papillomavirus. Les vaccins actuels protègent contre les deux HPV les plus fréquents (16 et 18) dans le cancer du col, mais pas contre toutes les souches de ce virus (une douzaine) qui peuvent le provoquer. Ils n'assurent donc pas une protection totale. La vaccination anti-HPV représente néanmoins un réel progrès dans la prévention du développement du cancer du col de l'utérus. Actuellement, deux vaccins sont sur le marché en Belgique. Ils sont très efficaces et présentent une tolérance correcte, ainsi qu'une action de longue durée. La Fédération Wallonie-Bruxelles propose un accès gratuit au vaccin pour les jeunes filles âgées de 13-14 ans, via la médecine scolaire ou le médecin traitant. Par ailleurs, les vaccins sont partiellement remboursés pour les jeunes filles qui ont atteint



Sensibilisation au dépistage du cancer colorectal en gare de Bruxelles Central

l'âge de 12 ans et qui n'ont pas encore 19 ans. Les prochaines années verront probablement se développer, d'une part, un nouveau type de dépistage qui recherchera non plus les anomalies cellulaires, mais la présence ou non d'infections virales, ce qui permettra de limiter le nombre de faux négatifs² et d'autre part, le développement de vaccins couvrant plus de souches, améliorant en cela la prévention de ce cancer.

Mesurer les avantages et les inconvénients des dépistages

Pour décider de l'intérêt ou non d'un dépistage, les avantages et inconvénients qui y sont liés doivent être étudiés. Cela signifie qu'il faut évaluer la balance risques/bénéfices des différents types de dépistage, celle-ci variant d'un type de cancer à l'autre et donc d'un dépistage à l'autre. « Cette évaluation va permettre de décider si tel ou tel dépistage doit être recommandé, accompagné de quelles informations ou si au contraire, il vaut mieux le déconseiller, la décision finale appartenant cependant toujours à la personne elle-même », explique Anne Boucquiau.

Parmi les inconvénients que présentent certains tests, on trouve le risque de *faux négatif*, à savoir un cancer qui n'a pas pu être

diagnostiqué au moyen d'un test. À l'inverse, lorsqu'un test révèle une lésion, alors qu'il n'y en pas, on parle de *faux positif*. Le dépistage fait aussi courir un risque de *sur-diagnostic* et de *sur-traitement*. Certaines tumeurs peuvent rester dormantes, voire régresser, sans jamais constituer une menace. C'est le cas notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer de la prostate. Une fois détectées, les tumeurs inoffensives sont traitées comme tous les cancers, sans bénéfice pour le patient, avec des effets secondaires parfois importants. Au niveau des avantages, un dépistage présente une utilité lorsqu'il permet de réduire la mortalité spécifique (liée à un type de cancer) en intervenant précocement dans l'histoire naturelle de l'affection. Un diagnostic précoce améliore la qualité de vie des hommes et des femmes atteints grâce à un traitement moins lourd. Et lorsque son résultat est normal, le test de dépistage s'avère rassurant.

Pour en savoir plus

- Fondation contre le cancer : www.cancer.be.
- « Le dépistage parlons-en », http://www.youtube.com/watch?v=0HivYxcAj5E&list=PLH9Ckp9JhXUvuRYKdf0uZTsK_GwP3x8l&index=5
- Les informations sur le Programme de

dépistage du cancer colorectal en Fédération Wallonie-Bruxelles sont disponibles sur le site web <http://www.cancerintestin.be>.

- Les informations sur le Programme de dépistage du cancer du sein en Fédération Wallonie-Bruxelles sont disponibles sur le site web <http://www.lemammotest.be>.
- Le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers (CCR asbl) est accessible tous les jours ouvrables entre 9 h et 16 h au numéro de téléphone 010 23 82 72 ou par courriel adressé à ccref@ccref.org
Site web du Centre Communautaire de Référence (CCR) : www.ccref.org

Quelques articles publiés dans *Éducation Santé*

- *Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives*, Delphine Matos Da Silva, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, *Éducation Santé*, n° 268, juin 2011. <http://educationsante.be/article/depistage-du-cancer-colorectal-connaissances-et-perspectives/>
- *Une nouvelle dynamique pour le dépistage du cancer colorectal ?*, Fondation contre le Cancer, *Éducation Santé*, n° 289, mai 2013. <http://educationsante.be/article/une-nouvelle-dynamique-pour-le-depistage-du-cancer-colorectal/>
- *L'implantation de la vaccination contre le papillomavirus en PSE*, Marie-Christine Miermans, Béatrice Swennen, Axelle Vermeeren, *Éducation Santé*, n° 289, mai 2013. <http://educationsante.be/article/limplantation-de-la-vaccination-contre-le-papillomavirus-en-pse/>
- *Participer ou non au dépistage du cancer du sein ?*, KCE, *Éducation Santé*, n° 297, février 2014. <http://educationsante.be/article/participer-ou-non-au-depistage-du-cancer-du-sein/>
- *Un visiteur médical au service de la médecine préventive*, Patrick Trefois, *Éducation Santé*, n° 304, octobre 2014. <http://educationsante.be/article/un-visiteur-medical-au-service-de-la-medecine-preventive/>

2. Voir dans ce même numéro la mise au point du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), sortie quelques semaines après la matinée d'information de la Fédération contre le Cancer.

L'utilisation du test HPV rendrait le dépistage plus efficace et permettrait d'espacer les examens de 5 ans au lieu de 3 ans

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)

On sait aujourd'hui avec certitude qu'il existe un lien de cause à effet entre le cancer du col de l'utérus et la présence du papillomavirus (HPV), transmis par voie sexuelle. Le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) a établi, en collaboration avec l'Institut scientifique de santé publique et le Registre du cancer, qu'un dépistage basé sur la détection de la présence du virus serait plus efficace que l'actuel frottis (aussi appelé 'Pap-test') pour protéger les femmes de plus de 30 ans, et ceci à un coût moins élevé. De plus, le dépistage par test HPV permettrait en toute sécurité d'espacer les examens de 5 ans au lieu de 3 ans aujourd'hui. Il est important que toutes les femmes entre 25 et 64 ans, y compris celles qui sont vaccinées contre ce virus, continuent à se faire dépister. En effet, le vaccin ne protège pas contre tous les types de virus HPV pouvant générer un cancer, et on ne connaît pas encore avec certitude la durée de la protection qu'il confère.

Le test actuel dépiste la présence de cellules cancéreuses tous les 3 ans

À l'heure actuelle, le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait par le 'Pap-test'. Il s'agit d'un frottis de cellules du col, prélevées au cours d'un examen gynécologique, pour être examinées au microscope à la recherche de cellules précancéreuses.

De telles cellules sont présentes en moyenne 10 à 15 ans avant qu'un véritable cancer invasif ne se développe. Les lésions peuvent alors être traitées localement de façon très simple et efficace.

D'après les recommandations européennes et celles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le 'Pap-test' doit être réalisé tous les 3 à 5 ans chez toutes les femmes entre 25 et 64 ans. En Belgique, le test est remboursé une fois tous les 3 ans depuis 2009, mais seules 60 % des femmes se font dépister, ce qui est insuffisant. En revanche les femmes qui se font dépister le font souvent trop fréquemment.

D'après les derniers chiffres du Registre belge du cancer, il y a eu en Belgique 623 cas de cancer du col de l'utérus en 2011. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 54 ans.

Le virus HPV responsable de ce cancer

On sait depuis une vingtaine d'années qu'il existe un lien de cause à effet entre le cancer du col de l'utérus et la présence d'un virus de type papillomavirus humain (HPV). Il s'agit d'une infection transmise par voie sexuelle, qui est extrêmement banale mais disparaît le plus souvent spontanément. Néanmoins, chez un petit nombre

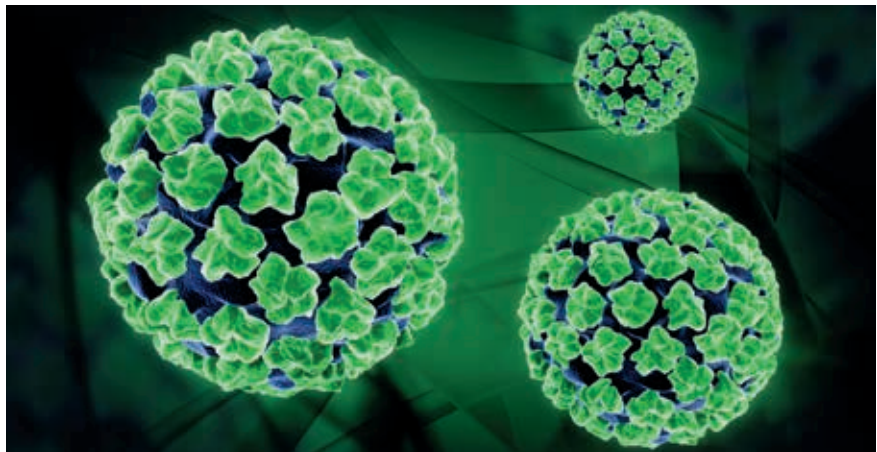


Photo © Fotolia

de femmes, le virus s'installe en permanence ; ce sont ces femmes qui constituent le groupe à risque de cancer du col.

Plutôt que de détecter les lésions précancéreuses provoquées par le virus (ce que fait le 'Pap-test'), le test HPV détecte la présence du virus lui-même. Le KCE a réalisé une étude en collaboration avec l'Institut scientifique de santé publique et le Registre du cancer pour voir dans quelle mesure il serait intéressant, sur un plan médical comme économique, de remplacer le 'Pap-test' par un test HPV. Actuellement, le test HPV est uniquement remboursé comme examen complémentaire chez les femmes dont

le 'Pap-test' présente des anomalies. En pratique, le test HPV se pratique sur un frottis de col prélevé de la même façon que pour le 'Pap-test'.

Le test HPV permet de réduire le nombre de cancers et de décès...

Il apparaît clairement que les femmes sont mieux protégées contre les cancers invasifs lorsque le test HPV est utilisé comme premier test de dépistage. Le KCE recommande donc de remplacer le 'Pap-test' par le test HPV. La population ciblée actuellement par ce dépistage – les femmes de 25 à 64 ans – reste identique. Ce changement de test devrait permettre d'éviter 240 cas de cancer supplémentaires et 96 décès pour 100 000 femmes dépistées. Étant donné que le risque de développer un cancer invasif après un test HPV normal est nettement plus faible qu'après un 'Pap-test' normal, on pourrait, en toute sécurité, allonger le délai entre deux dépistages à 5 ans.

Le KCE conseille les pouvoirs publics lorsqu'ils doivent prendre des décisions ayant trait aux soins de santé et à l'assurance-maladie. Il n'est pas impliqué dans les choix politiques qui découlent de ses avis.
Site internet : <http://kce.fgov.be/fr>

... pour un moindre coût, mais...

Le test HPV permettrait d'économiser presque 15 millions d'euros sur la durée de vie de 100 000 femmes, étant donné que l'on devra faire moins de dépistages et traiter moins de cancers invasifs. Le prix du test est donc un facteur important. Un appel d'offres public devrait être lancé pour faire baisser les prix actuels du test, tout en maintenant la garantie de sa qualité.

... pas pour les femmes avant 30 ans

Les études montrent cependant que le test HPV n'est pas plus efficace que le 'Pap-test'

chez les femmes de moins de 30 ans. Chez ces jeunes femmes, les infections par HPV sont plus fréquentes mais généralement transitoires. Le test HPV pourrait donc entraîner de nombreuses angoisses inutiles et des traitements superflus. Il faut savoir que ces traitements peuvent être responsables de complications lors de la grossesse, comme une rupture prématurée de la poche des eaux, des naissances prématurées et des bébés de trop petit poids. Chez les femmes de moins de 30 ans, il est donc conseillé de maintenir le 'Pap-test'. Ce n'est qu'en cas de résultat anormal que le test HPV doit être pratiqué, comme cela se fait aujourd'hui. Le KCE

recommande aussi qu'un système de contrôle de qualité soit mis en œuvre, tant pour les tests HPV que pour les 'Pap-tests'.

Dépister même si on est vaccinée !

Enfin, le KCE souligne que le dépistage reste indispensable même chez les femmes vaccinées contre le virus HPV. En effet, les vaccins existants ne protègent pas contre tous les types de virus HPV susceptibles de causer un cancer du col. De plus, nous ne disposons pas encore de données scientifiques fiables sur la durée de la protection conférée par ces vaccins.

Troisième université de printemps francophone en santé publique

Universités en santé publique et en promotion de la santé

Les questions de santé sont globales. Elles nécessitent une approche multidisciplinaire et des contextualisations tant locales que transnationales. Elles relèvent prioritairement de la promotion de la santé et de la prévention, mais aussi de l'accès équitable à des soins de qualité dans une vision holistique du patient.



Dans le but d'apporter de nouveaux éclairages sur ces questions, la 3^e Université de printemps francophone en santé publique se tiendra à Bruxelles du 18 au 21 mai 2015.

Cette Université sera organisée dans le cadre d'un partenariat entre l'École de Santé Publique et le Pôle Santé de l'Université libre de Bruxelles, les Universités de Montréal et de Genève

(partenariat G3) et l'asbl Éduca Santé. Cette initiative est soutenue par le réseau des Universités sœurs de Bruxelles : Besançon, Dakar, Tunis et Port-au-Prince et associera des partenaires spécifiques à certains modules de formation.

Des activités transversales, communes à tous les participants, seront organisées pour favoriser les échanges entre les participants et renforcer ainsi la coopération interprofessionnelle entre les métiers de la santé et entre les secteurs qui ont une influence sur celle-ci.

Des activités ciblées seront aussi proposées pour renforcer les compétences et les pratiques des participants.

L'embarras du choix

Sept modules seront dispensés durant cette troisième édition. Les participants sont invités à s'inscrire à l'un d'entre eux.

Module 1. La santé globale : fondements et applications pratiques

La santé globale est un concept qui découle des transitions sanitaires multiples que nous

connaissons et qui font que les problèmes de santé sont devenus mondiaux. Cependant, ce concept est appréhendé différemment par les cliniciens, les professionnels de santé publique, les économistes et les sociologues et en fonction de notre vision de la santé dans nos contextes particuliers.

La notion de santé elle-même est polymorphe. Une même appellation fait référence à plusieurs dimensions et il apparaît donc difficile d'arriver à un concept commun. Cependant, ce module veut identifier et analyser différentes actions de santé globale et la manière dont cela s'inscrit dans les systèmes de santé spécifiques puis de façon de plus en plus globale.

Partenaires : G3 : Université libre de Bruxelles – Université de Montréal – Université de Genève

Module 2.

Le patient : partenaire de santé ?

Ce module s'inscrit dans l'analyse des évolutions des rôles respectifs du patient et du professionnel de soins. Les objectifs sont, entre autres, de découvrir et d'explorer les concepts en lien avec la thématique de 'patient partenaire', d'exposer les initiatives de collaboration

existantes dans son environnement professionnel en utilisant les concepts et modèles découverts et de discuter les enjeux éthiques. Il s'agit aussi de positionner le débat dans le contexte plus général des modifications de la place de l'usager-citoyen dans les services publics et assimilés (santé, emploi ou éducation).

Partenaires : G3 : Université libre de Bruxelles – Université de Montréal – Université de Genève

Module 3. 'Le dossier patient', outil de coopération et de continuité des soins

Comment le dossier patient se traite-t-il en médecine générale et à l'hôpital ? Le dossier patient peut-il être un instrument de coopération entre lignes de soins ? Une harmonisation des terminologies est-elle possible ? Peut-il fournir une vision globale de la santé du patient et permettre une continuité des soins efficace lors des différents épisodes de soins ?

À quelle condition peut-il être un outil de dialogue avec le patient ? Quels sont les critères de qualité d'un bon dossier patient ? Les technologies informatiques permettent-elles une avancée qualitative effective ? Comment est assurée la protection des données individuelles ? S'appuyant sur une recherche interuniversitaire en cours, ce module a pour objectif de renforcer les capacités des soignants dans le bon usage du dossier patient, dans toutes ses dimensions et dans les collaborations interprofessionnelles qu'il permet.

Partenaires : Pôle santé ULB – Projet Innoviris Immediate

Module 4. La lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) dans les contextes à faibles ressources

La promotion de la santé et la prévention des MNT sont rendues particulièrement complexes du fait de l'éventail très large des publics, secteurs et professionnels concernés. L'élaboration de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques passent nécessairement par des processus de concertation, participatif et multisectoriel. Les éléments structurants ce type de processus de planification participative sont

- d'aider les acteurs et partenaires à éclaircir les enjeux de ce type de programme en regard du contexte international et local ;
- de mettre en place des procédures de

programmation adaptées ;

- de faire évoluer les analyses et pratiques en regard d'échanges entre différents secteurs ;
- de partir de l'existant et de favoriser l'intégration des activités de différents secteurs dans une stratégie coordonnée et appropriée par les partenaires et les publics-cibles.

Ce module abordera, sur base d'expériences et d'actions concrètes dans différents contextes, les composantes de programmes de lutte contre les MNT et la place des différents acteurs dans une vision multidisciplinaire et intégrative.

Partenaires : G3 : Université libre de Bruxelles – Université de Montréal – Université de Genève

Module 5. L'école, un cadre de vie favorable à la sécurité des élèves

Pour promouvoir la sécurité des élèves, et ainsi leur santé, l'école favorise l'adoption de comportements influencés par des environnements physiques et sociaux favorables à la sécurité.

Le milieu scolaire développe déjà de nombreuses initiatives en faveur de la santé et de la sécurité des élèves. Mais, pour être efficaces, ces initiatives demandent coordination, partenariat intersectoriel, cohérence et suivi : exigences parfois difficiles à rencontrer.

Les interventions qui contribuent à la sécurité des élèves, ne cherchent pas à supprimer tous les risques ou toutes prises de risque, mais à contrôler les facteurs de risque des accidents et à diminuer la gravité de leurs conséquences sur le développement des enfants.

Le module se basera sur un outil de référence comportant des concepts, des méthodes, des pratiques et des ressources utiles à l'intervention de promotion de la sécurité à l'école. La démarche proposée favorise une approche globale en intégrant différents niveaux d'action sur différents aspects d'une même problématique dans le projet d'école.

Partenaires : Pôle santé ULB – Éduca-Santé

Module 6. Territoires : comment façonnent-ils la santé et comment les mobiliser ?

Le territoire façonne les déterminants socio-environnementaux des conditions de santé. Parallèlement, il constitue un cadre au sein duquel des acteurs et des ressources peuvent être mobilisés pour l'action en santé. En mettant en perspective des expériences concrètes, ce module s'intéressera aux approches territoriales de la santé et aux enjeux que recouvrent les différentes

définitions du territoire ; il décrira diverses formes existantes d'organisation territorialisée en rapport avec la santé (actions en santé communautaire, réseaux de santé, contrats de quartiers, maisons médicales, etc.) et les défis qu'elles rencontrent ; il s'attachera à la manière dont les besoins locaux émergent au travers des données disponibles (profils locaux de santé, travaux de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, atlas de l'Agence Intermunicipale (AIM), etc.) ; il présentera les dynamiques d'acteurs sur lesquelles s'appuyer ; il conclura enfin sur les apports et les limites des approches territoriales de la santé, à différents échelons.

Partenaires : Pôle santé ULB – ASBL Santé, Communauté, Participation

Module 7. L'acteur au cœur de la coopération au développement en santé : au-delà des discours, quoi ? Comment ?

L'importance d'impliquer les acteurs, comme les 'bénéficiaires directs', les 'communautés' ou plus généralement les 'partenaires locaux', dans les interventions de coopération au développement est un des leitmotivs de l'aide internationale depuis ses prémices. Ce module veut susciter la réflexion autour des possibilités de mieux impliquer les acteurs dans les programmes de développement dans le secteur de la santé, en proposant une analyse des implications théoriques et pratiques des différentes manières de promouvoir une approche centrée sur les acteurs.

Le fil rouge de la réflexion sera la prise en compte du facteur humain dans toutes les interventions de coopération et ce à différents niveaux : opérationnel, organisationnel, décisionnel.

Partenaires : Pôle santé ULB – Be-Cause Health – Agence Belge de Développement (BTCCTB)

Des informations complémentaires sur le déroulement et une description détaillée de chaque module sont disponibles sur le site www.ulb.ac.be/esp/univprintemps.

Modalités pratiques

Lieu de la formation

École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles, Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, Belgique

Dates

Du 18 au 21 mai 2015.

Déroulement

Lundi 18/05 Conférence inaugurale dès 17 h

Mardi 19/05 Séquences 1 et 2 de chaque module (de 9 h à 17 h)

Mercredi 20/05 Séquences 3 et 4 de chaque module et conférence sur le temps de midi
Événement festif en soirée

Jedi 21/05 Séquence 5 de chaque module et clôture à 14 h

Public

Les modules sont destinés aux professionnels de santé en activité ainsi qu'aux décideurs, aux élus, à toutes les autres parties prenantes de programmes de santé publique et de secteurs qui ont un impact sur la santé des populations. De plus amples informations sur les publics visés

pour chaque module sont disponibles sur le site www.ulb.ac.be/esp/univprintemps

Inscriptions

Les inscriptions se font en ligne jusqu'au 15 avril sur : www.ulb.ac.be/esp/univprintemps

Le nombre de participants par module sera, suivant les thèmes, de 15 à 25 personnes.

Les demandes d'inscription sont traitées par ordre d'arrivée et sur base des informations reprises dans les fiches d'inscription.

Tarif

-300 euros jusqu'au 15 mars en individuel (après cette date 350 euros);

-400 euros en institutionnel jusqu'au 15 mars

(après cette date 450 euros).

Le prix comprend l'inscription à la formation, l'accès aux conférences (lundi et mercredi), les lunchs de midi, la possibilité de faire des activités sportives à la pause déjeuner, l'événement festif du mercredi soir.

Accréditation

Des demandes sont introduites pour permettre l'accréditation de participation aux différents modules.

Pour toutes informations et inscriptions : www.ulb.ac.be/esp/univprintemps

RÉFLEXIONS

La littératie en santé : comprendre l'incompréhension

Pascale Dupuis

Le concept a la cote, les activités foisonnent, la recherche creuse et progresse, l'intérêt politique international semble marqué : la littératie en santé a le vent en poupe, en Europe comme de l'autre côté de l'Atlantique. À l'heure où la promotion de la santé déplore les ralentissements qu'elle subit, le phénomène fait figure d'exception. Échanges avec deux chercheurs, un Belge et un Québécois, un psychologue et un avocat, qui ne se sont jamais rencontrés mais sont aussi passionnés l'un que l'autre par les enjeux de la littératie en santé.

Pour définir la littératie en santé, le professeur belge **Stephan Van den Broucke** dépasse l'acception commune : « *Selon un consensus important, la littératie en santé réfère à la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé. On y inclut parfois aussi la motivation nécessaire pour utiliser ces compétences. Il s'agit donc d'abord d'éléments personnels. Mais il ne faut pas oublier le rôle du contexte, qui impose ses propres exigences* ».

Du côté québécois aussi, on voit désormais la littératie en santé comme le résultat de l'interaction entre les capacités d'une personne – capacités à reconnaître son besoin d'information en matière de santé, à trouver cette information, à la comprendre et à l'utiliser pour prendre des décisions éclairées sur sa santé – et les exigences d'un système de santé de plus en plus complexe. Aucune différence de part et d'autre de l'Atlantique, donc ? « *Le concept est le même en Amérique du Nord et en Europe, mais avec*

des accents différents », nuance Stephan Van de Broucke. « *En Amérique, la notion est bien connue depuis quelques décennies, mais essentiellement considérée dans le cadre des soins de santé et en particulier des rapports patient-médecin. En Europe, où l'utilisation du concept remonte au début des années 2000, l'accent a été d'emblée mis sur le rôle de la littératie en santé dans l'éducation pour la santé et la promotion de la santé* ».

Pour l'avocat québécois, une question d'éthique

Michel T. Giroux est avocat et docteur en philosophie. Il dirige l'Institut de consultation et de recherche en éthique et en droit (ICRED), situé à Québec. En avril 2014, une journée de colloque sur la littératie en santé intitulée 'Comprendre l'incompréhension : la communication avec l'usager' organisée par l'ICRED a attiré plus de 100 personnes. Pas mal pour un sujet aussi pointu. Mais pourquoi un avocat et éthicien s'intéresse-t-il à ce concept ? « *Parce que derrière les enjeux*

de communication, il s'agit bien d'une question de justice, d'équité dans l'accès aux soins et services. La personne qui a un faible niveau de littératie est moins qu'une autre en mesure d'exercer son autonomie et d'accéder aux services dont elle a besoin et auxquels elle a droit ». Pour la petite histoire, son intérêt est né d'une situation bien concrète : dans le cadre d'une recherche clinique, Michel T. Giroux et son équipe devaient obtenir, comme toujours, le consentement éclairé des sujets. C'est alors qu'il s'est aperçu que la compréhension du formulaire de consentement posait problème à bon nombre de participants. « *Un problème que l'on n'observe pas uniquement en recherche clinique, mais aussi au sein de la relation d'aide et de soins* » précise-t-il.

Pour le psychologue belge, un moyen et un indicateur d'efficacité

Stephan Van den Broucke, quant à lui, est professeur de psychologie de la santé à la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

de l'Université catholique de Louvain et donne aussi cours à la Katholieke Universiteit Leuven. Avec un pied en Wallonie et l'autre en Flandre, son expertise dépasse toutefois largement les frontières belges, puisqu'il enseigne également à l'Université Paris Descartes, est éditeur associé de la revue scientifique renommée *Health Promotion International* et membre du Comité de direction et Vice-président de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).

Pour lui, l'enjeu de la littératie en santé est celui de l'efficacité de nos actions : « *Les avantages d'un bon niveau de littératie en santé sont multiples : des choix plus éclairés, une plus grande auto-efficacité, des attitudes et comportements de santé plus positifs, une prévention accrue, de meilleurs résultats de santé, une diminution du coût des soins de santé... Par conséquent, de bons niveaux de littératie en santé améliorent la santé globale de la population* »¹, écrit-il dans un récent article, en soulignant aussi que c'est surtout la question des inégalités qui l'intéresse et le motive.

Une conférencière québécoise présente au colloque du 24 avril, **Linda Shohet**, fondatrice et directrice générale du Centre d'alphabétisation du Québec, renchérit sur l'argument économique en affirmant que « *le rendement est meilleur si l'on investit dans l'éducation des personnes ayant la littératie la plus basse plutôt que dans les technologies médicales* », puisque les consultations médicales, les appels téléphoniques, l'utilisation des soins d'urgence s'en verront diminués tandis que la prévention sera augmentée. Le concept de littératie en santé présente un autre avantage aux yeux de Stephan Van den Broucke : il permet de montrer que l'éducation pour la santé a des effets. « *En promotion de la santé, on est toujours confronté à la difficulté de montrer que ce que l'on fait est efficace. On est souvent accusé de manque d'efficacité, faute de pouvoir démontrer des résultats sur les comportements liés à la santé dans la population. On oublie cependant que ces comportements ne sont pas seulement influencés par les interventions éducatives, mais par un éventail de facteurs* » explique-t-il. « *Les variations du niveau de littératie en santé représentent des indicateurs*



Photo © Fotolia

immédiats permettant de mesurer plus finement l'impact des actions d'éducation pour la santé que le comportement, qui est un output éloigné ».

Une très grande minorité

Certaines personnes ont un niveau de littératie en santé trop bas pour prendre soin d'elles-mêmes de manière autonome. « *Le problème concerne une très grande minorité* », affirme Stephan Van den Broucke. Il est important de voir les niveaux de littératie comme un continuum, sans opposer ceux qui comprendraient tout à ceux qui ne comprendraient rien.

Le concept de littératie en santé permet de montrer que l'éducation pour la santé a des effets.

Les enquêtes canadiennes menées depuis une dizaine d'années distinguent plusieurs niveaux de littératie : 14 % des Canadiens seraient seulement capables de décoder des mots et des phrases, 34,3 % peuvent lire et comprendre un texte simple sans aucune inférence², 35,5 % sont en mesure de lire et de tirer des conclusions et enfin 13,9 % à

peine, sont capables d'inférences complexes. Si les niveaux inférieurs suffisent généralement pour fonctionner au quotidien, la plupart des communications en santé requièrent le niveau de littératie le plus élevé. Michel T. Giroux souligne que par conséquent, six Canadiens sur dix sont incapables d'obtenir certains renseignements et services de santé auxquels ils ont pourtant droit, de les comprendre et d'agir en conséquence. Stephan Van de Broucke a quant à lui mené une recherche utilisant les données de presque 10 000 affiliés des Mutualités chrétiennes³ et comparé ses résultats avec ceux d'une vaste étude européenne à laquelle il a lui-même contribué il y a quelques années. Constat : avec trois Belges sur dix qui ont une connaissance limitée des matières touchant à la santé et un sur dix qui en a une connaissance insuffisante pour poser des choix de santé éclairés, la Belgique se situe au milieu des pays européens. Elle remporte de moins bons résultats que les Pays-Bas mais se classe mieux que la Bulgarie ou l'Autriche, par exemple⁴. La recherche a également montré que les personnes présentant un niveau insuffisant étaient plus nombreuses parmi les francophones que parmi les néerlandophones.

Un médiateur des inégalités de santé

Il est démontré qu'un niveau élevé de littératie en santé est lié de façon significative à un bon état de santé perçu et à une faible prévalence de plusieurs maladies.

Au Québec, on souligne surtout qu'une bonne communication au sein du système de santé et une relation de confiance entre patient et médecin font partie des clés de l'efficacité thérapeutique. En Belgique, on met plutôt l'accent sur le fait que la littératie est corrélée avec les comportements de santé : les personnes qui présentent un niveau de littératie en santé moins élevé adoptent des comportements moins favorables à leur santé. La littératie en santé serait-elle donc un déterminant de la santé parmi d'autres ? Pas tout à fait, nuance Stephan Van den Broucke : « *Il faut plutôt la concevoir comme un médiateur important des effets des facteurs sociaux, tels que le niveau de revenus ou d'éducation par exemple.* » L'étude réalisée à partir des données

1. Van den Broucke, S. (2014). Health literacy : a critical concept for public health. Archives of Public Health, 72(1), 10.

2. Près de 50 % de la population souffre donc d' 'analphabétisme fonctionnel', c'est-à-dire est en mesure de lire des mots détachés en comprenant leur sens mais sans pouvoir faire de lien entre les idées d'une phrase ou d'un paragraphe à l'autre. Une réalité troublante, selon Michel T. Giroux, qui est masquée par le fait que sous l'effet de la honte, les gens font semblant de comprendre.

3. Van den Broucke, S. et Renwart, A. (2014). La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. Louvain la Neuve : Université catholique de Louvain. Les faits saillants sont présentés dans la version en ligne du numéro 305 d'Éducation Santé : <http://educationsante.be/article/quatre-belges-sur-dix-en-savent-trop-peu-sur-la-sante/>

4. La comparaison est cependant limitée pour des raisons méthodologiques liées à la taille de l'échantillon.

des Mutualités chrétiennes a notamment montré que la littératie en santé avait bien un effet médiateur dans la relation entre le niveau d'éducation et l'alimentation, l'activité physique ou encore la prise de médicaments. Ainsi, entre les inégalités sociales qui existent au sein de la société et les inégalités de santé qui leur sont corrélées, la littératie pourrait jouer un rôle de médiation : une hypothèse qui tient la route et pour laquelle des confirmations partielles existent, même si la littérature n'est pas assez développée pour le prouver complètement. « *Il manque encore un modèle intégratif explicitant les liens entre les différentes composantes et la force de ces liens* », déplore le professeur.

De quoi dépend le niveau de littératie en santé ?

La littératie est elle-même influencée par les déterminants sociaux. Sans surprise, certains publics se révèlent plus à risque de présenter un faible niveau de littératie en santé : au Canada, ce sont les personnes âgées, les immigrants récents, les personnes dont la langue maternelle n'est pas une langue officielle (le français ou l'anglais) et les bénéficiaires de l'aide sociale. En Belgique, le niveau d'éducation est le facteur corrélé le plus important, mais il faut aussi considérer la situation socio-économique, le statut social, l'appartenance à un groupe minoritaire, l'âge (les plus à risque sont les 18-24 ans) et le sexe (les femmes présentent de meilleurs scores que les hommes). Michel T. Giroux et son institut identifient quatre éléments constitutifs de la littératie : la scolarisation, l'univers culturel, l'environnement social et la condition psychologique. L'effet de cette dernière peut d'ailleurs être surprenant : on a déjà vu un patient présentant un haut niveau de scolarité devenir imperméable aux propos de son médecin dès l'instant où a été prononcé le mot 'cancer'. De même, les médecins qui deviennent eux-mêmes patients peuvent voir leur niveau de compréhension chuter sous l'effet de l'anxiété par exemple.

Éviter d'utiliser le concept sans rien changer

Améliorer la littératie en santé pour améliorer l'état de santé passe par plusieurs stratégies.

Il est essentiel de ne pas la considérer comme un problème individuel, mais de cibler différents niveaux. « *On cherche à améliorer la littératie en santé en haussant le niveau de littératie des adultes et en abaissant les demandes du système de santé en matière de littératie* », indique officiellement le Conseil canadien sur l'apprentissage⁵. L'action sur les individus, qui dépasse largement le rôle du secteur des soins de santé, cherche à augmenter les compétences individuelles. L'action sur le système vise à faciliter le contexte et la navigation au sein de celui-ci par les usagers. Concrètement, il s'agit par exemple pour un hôpital de réduire les barrières administratives qui peuvent entraver l'accès aux soins, ou encore d'outiller son personnel en lui proposant des moyens d'identifier les personnes à risque et de faciliter la communication⁶. « *Les professionnels de la santé ont pour mission de servir la population, ils doivent donc s'assurer d'être compris par celle-ci et d'ajuster leurs exigences* », estime Michel T. Giroux. Acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé... Deux des stratégies déjà préconisées par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, il y a près de 30 ans. « *Il faut pourtant éviter d'utiliser ce nouveau concept sans rien changer* », avertit Stephan Van den Broucke. « *Les actions d'aujourd'hui sont encore surtout des interventions individuelles. Changer un système prend du temps. Mais la société reconnaît le problème, ce qui est encourageant. Et puisque c'est un problème de société, tout le monde doit prendre ses responsabilités : les soins de santé mais aussi l'enseignement, les organisations de patients, les organismes de personnes âgées...* »

Intérêt international et national

Le Canada n'est pas inactif en la matière, avec plusieurs initiatives telles que la Charte de Calgary pour la littératie en santé rédigée en 2009. Aux États-Unis, il existe même des standards de littératie en santé qui sont pris en considération dans l'accréditation des hôpitaux. Cependant, « *c'est en Europe que la croissance de l'intérêt politique est la plus marquée* » affirme Michel T. Giroux. Un point de vue partagé par

le spécialiste belge, qui s'intéresse aussi aux politiques de santé. La littératie en santé a été reconnue comme un domaine d'action prioritaire au sein de la *Stratégie de la Commission Européenne 2008-2013*. Celle-ci a notamment financé une étude réalisée par un consortium de huit pays européens⁷, qui a montré que près de la moitié des citoyens interrogés ont un niveau de littératie en santé inadéquat ou problématique. Plusieurs autres projets européens sont actuellement en cours. Du côté de l'OMS, des travaux sont menés depuis l'an 2000, et en 2013 le Comité régional européen a publié 'Health literacy, the solid facts', un rapport qui fait le tour du problème et des solutions. La Belgique a emboîté le pas plus récemment. Aujourd'hui, l'intérêt va en croissant : dans un récent rapport, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) considère la littératie en santé comme un indicateur de la qualité des soins. La création des 'Well Done – MSD Health Literacy Awards'⁸, des prix qui récompensent les actions exemplaires en faveur de la littératie en santé, a suscité un certain intérêt médiatique. Et enfin, la littératie en santé est (indirectement) mentionnée dans l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014. Un paragraphe y évoque les auto-soins et l'autogestion de la santé : « *Les initiatives qui encouragent la prise en charge et la gestion par soi-même sont stimulées. Dans cette optique, une attention particulière sera accordée à la promotion des connaissances en matière de santé auprès de la population, à une meilleure formation des dispensateurs de soins, pour ce qui concerne l'encouragement de la prise en charge personnelle, à une autogestion de la santé, et à la mise à disposition du patient d'informations accessibles à tous* ». Un pas en avant, peut-être, à condition toutefois de ne pas tomber dans un piège : de la reconnaissance d'un problème collectif à la responsabilisation individuelle, le pas est vite franchi. En mettant l'accent sur un déficit de compétences qui serait à l'origine de comportements peu favorables à la santé, on risque d'oublier d'autres déterminants sociaux, économiques, culturels ou environnementaux de la santé. Et l'on sait que la représentation que l'on a d'un problème influence les solutions qui sont envisagées.

5. Conseil canadien sur l'apprentissage (2007). Littératie en santé au Canada : résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, Ottawa, Canada, p. 11.

6. Pour améliorer la détection des patients présentant un faible niveau de littératie, Linda Shohet suggère d'utiliser des indicateurs tels que 'Lisez-vous le journal ?' qui permettent d'éviter le questionnement direct susceptible d'être source de honte ou de gêne. Pour améliorer la communication, elle propose d'inviter le patient à choisir la meilleure manière de recevoir des explications médicales : « Est-ce que ce serait plus facile si je dessine, si on regarde sur internet ? » ainsi que d'encourager les médecins à donner davantage la parole au patient, à l'inviter à expliquer dans ses mots ce qu'il a compris. Une évaluation de cette technique appliquée à l'échelle d'un hôpital – le projet teach back – a montré qu'elle générait moins de réadmissions, moins d'appels téléphoniques et une plus grande adhésion au traitement.

7. La European Health Literacy Survey 2011, dont Stephan van den Broucke coordonna le début des travaux.

8. <http://welldoneawards.be/fr/la-litteratie-en-sante/>

LOCALE

Un Livre blanc pour la Thiérache¹ franco-belge

Développer un programme de promotion de la santé dans les territoires et les territoires transfrontaliers

Geneviève Houioux² et Philippe Lorenzo³

Le Livre blanc intitulé *Développer un programme de promotion de la santé dans les territoires* est issu d'une réflexion menée avec les acteurs de terrain de la Thiérache⁴ dans le cadre du programme transfrontalier *Thiérache santé prévention 2013-2014*, cofinancé par le Feder (Interreg IV), les autorités provinciales (Belgique) et les agences régionales de la santé (France).

Le document présente les résultats des deux forums d'échange de pratiques qui se sont tenus en France au Val-Joly (novembre 2013) et en Belgique aux Lacs de l'Eau d'Heure (octobre 2014), à l'initiative des opérateurs de *Thiérache santé prévention*. Entre ces deux forums, une mise en consultation a été organisée auprès des acteurs de terrain et plus généralement de la population, selon une méthodologie détaillée ci-après. Ce processus a abouti à la rédaction d'un *Livre blanc* qui a été présenté le 19 décembre 2014 à Chimay (B), lors d'une table ronde associant les élus locaux de la Thiérache.

L'existence du contrat local de santé Thiérache a permis de soutenir réflexions et actions ; sa disparition n'a pas pour autant porté atteinte à la démarche. Le Livre blanc sur l'organisation territoriale de la promotion de la santé en témoigne, mais son expression dépasse le seul cadre de ce territoire transfrontalier. Elle est plus largement ancrée dans le développement actuel des politiques publiques qui veulent agir dans la plus grande des proximités avec les populations et qui veulent limiter les disparités territoriales qui pourraient exister.

Le Livre blanc, qui est la synthèse des propositions des acteurs de terrain, trouvera son application dans le développement de coopérations futures à l'échelle d'un territoire. Les recommandations devraient servir d'appui à la construction d'une démarche raisonnée et ambitieuse qui pourrait être expérimentée en Thiérache, mais aussi dans d'autres territoires. En France, la nouvelle loi de santé, à débattre au Parlement, prévoit la création d'un service territorial de santé au public.



En Belgique, le transfert de compétences lié à la sixième réforme de l'État régionalise la promotion de la santé. Gageons que ce livre blanc apporte sa pierre à ces changements de dispositifs de santé publique de part et d'autre de la frontière.

Un enjeu : promouvoir la santé à l'échelon d'un territoire

L'un des défis actuels de la promotion de la santé est celui du territoire. Les initiatives internationales Villes en santé, Villes et villages en santé, Villes amies des aînés ou nationales comme les Ateliers santé ville en France, ou encore les outils des politiques de cohésion sociale – les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) en France, les plans de cohésion sociale (PCS) en Wallonie – ont ouvert la voie à des approches territoriales.

De principe, la santé communautaire œuvre dans les lieux de vie des personnes, mais son acception en milieu francophone renvoie plus à des catégories sociales que spatiales. L'ancrage territorial ne se substitue pas à une approche et à une réalité sociales. Un territoire n'est pas homogène ; pas plus celui d'une ville, d'un quartier ou d'un ensemble de communes tel celui formant le territoire de la Thiérache. Mais on ne peut nier l'existence d'un territoire comme réseau de relations institutionnelles, professionnelles, interpersonnelles, économiques, politiques, culturelles... En matière de santé, le territoire peut être apprécié comme un espace socio-sanitaire à construire par la mise en réseau des acteurs clés, des leaders d'opinion, par la mobilisation

1. La Thiérache définie dans ce projet est le territoire franco-belge qui regroupe 4 entités administratives dépendant de 3 régions et de 2 pays : en France, la Région Nord-Pas de Calais (département du Nord), la Région Picardie (département de l'Aisne) et en Belgique la Région wallonne (provinces du Hainaut et de Namur).

2. Coordinatrice, Observatoire de la santé du Hainaut, genevieve.houioux@hainaut.be

3. Directeur, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Picardie, philippe.lorenzo@ireps-picardie.fr

4. Houioux G, Lorenzo P. : *En Thiérache, la santé n'a pas de frontière*. Santé en action. Dossier : Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ? n° 428, juin 2014

des acteurs territoriaux pour co-construire une stratégie intersectorielle locale de promotion de la santé, avec un déploiement par l'ensemble des parties prenantes en un système d'acteurs. Ceci nécessite à tout le moins de s'appuyer sur des ressources locales et pérennes d'une part, d'intégrer le programme de façon cohérente dans le paysage politique du territoire d'autre part.

De ce point de vue, le territoire est un espace de partenariats à construire et à fortifier en créant les conditions de participation, d'innovation sociale, d'adaptation au contexte de solutions éprouvées issues de données probantes. Cette construction doit aussi favoriser pleinement la participation de la population, notamment en créant les conditions pour que les personnes les plus démunies deviennent actrices de leur santé, et ne soient plus maintenues dans une position d'assistées. Les professionnels et notamment ceux de la promotion de la santé doivent être garants de ce processus d'empowerment (capacité d'agir). Ce qui implique, in fine, d'élaborer les conditions d'une co-construction des connaissances et des compétences, ou de leur transfert, pour accroître cette capacité des acteurs et de la population à agir.

L'approche territoriale de la promotion de la santé, à l'aune de la mise en réseau de différents acteurs clés du territoire, portée par un leadership local identifié, et la stimulation des partenariats, aura pour effet escompté d'élargir le champ d'action sur les déterminants sociaux et de participer à la réduction des inégalités sociales de santé. Au penser global, agir local, pourrait ainsi se substituer le *penser et agir local dans une perspective globale*, celle portée par la promotion de la santé de vouloir changer l'agencement des choses.

Une démarche : des forums, un livre blanc

C'est dans ce contexte d'une réflexion sur la démarche territorialisée en promotion de la santé que s'inscrit l'élaboration d'un livre blanc. Préalablement, l'élaboration d'un livre vert ouvre la discussion sur les recommandations auxquelles le Forum *Thiérache santé prévention* en novembre 2013 avait abouti. Elles résultent du travail d'accompagnement des acteurs de terrain dans le cadre des programmes transfrontaliers *Génération en santé* (2008-2013) puis *Thiérache santé prévention* (2013-2014).



La consultation autour du livre vert est lancée auprès des acteurs de terrain de la Thiérache. Elle se fait sur la base d'une méthodologie de type Delphi, qui requiert des prises de positions, qu'elles aboutissent ou non à des consensus. Dans les standards, il doit être fait autant de consultations que nécessaires à la réduction des désaccords. Dans le cas de *Thiérache santé prévention*, ce niveau de consensus n'a pas été jugé important et seules trois phases de consultation seront réalisées.

Le territoire est un espace de partenariats à construire et à fortifier en créant les conditions de participation, d'innovation sociale, d'adaptation au contexte de solutions éprouvées issues de données probantes.

La consultation de type Delphi ne nécessite pas une représentativité statistique, qui n'aurait pas de sens, mais l'inclusion raisonnée de l'ensemble des cas de figure. En l'occurrence, il s'est agi ici de vérifier que soit représenté le panel des acteurs locaux impliqués dans la construction de la promotion de la santé en Thiérache. La première phase de consultation n'a été ouverte qu'aux participants du Forum *Thiérache santé prévention*, comme résultat du travail élaboré ensemble. La deuxième phase sera destinée à un public élargi aux instances et dispositifs créés par le programme : groupes de travail, plate-formes transfrontalières, réseau École 21®, élus locaux, professionnels de santé, participants aux Dîners Quizz®⁵, cafés seniors...

Des recommandations

Pour établir les recommandations, les productions des ateliers des Forums d'échange et de partage du 7 novembre 2013 et du 16 octobre 2014 ont été intégrées. L'ensemble des remarques, des

avis, des commentaires et des recommandations en matière de cohésion sociale, de logement, de mobilité, de santé des jeunes et des seniors émises par les participants ont été analysés à l'aide de l'Outil de catégorisation des résultats (OCR)⁶ élaboré par Promotion Santé Suisse et adapté par l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (Inpes) en 2007.

Les concepteurs signalent que « *ce modèle est basé sur l'hypothèse que la santé, en tant que but de la prévention et de la promotion, ne peut être atteinte qu'en passant par des stades intermédiaires. Dans cet ordre d'idées, la promotion de la santé est comprise comme un processus d'apprentissage aux niveaux de l'individu, de groupes et d'organisations* ». Au final, dix recommandations émergent du travail d'analyse. Elles ont été volontairement regroupées en trois catégories en vue d'une présentation plus proche des réalités d'intervention des acteurs locaux. Elles concernent l'organisation du territoire socio-sanitaire, l'organisation de la deuxième ligne d'intervention et l'organisation de supports et de ressources. Elles traitent, pour le premier volet, de la connaissance mutuelle des acteurs et des dispositifs, des missions territoriales, des partenariats, de la participation, de l'intersectorialité et des plans de santé. Pour le deuxième volet, elles s'attachent à l'information, à la communication et au management des projets. Enfin le dernier volet concerne les outils et la documentation. Chaque recommandation fait l'objet d'une description précise et de commentaires. Elles sont illustrées de mises en pratique réalisées et à réaliser.

La mise en œuvre des recommandations

Il est prévu de diffuser largement l'outil dans les communes de cette zone transfrontalière et, d'étudier avec les mandataires politiques, leurs délégués et les opérateurs locaux, les possibilités de mettre en place concrètement et opérationnaliser les recommandations sur le terrain. La Thiérache deviendrait ainsi un espace laboratoire de la constitution d'une zone d'accès à la promotion de la santé à l'instar des zones d'accès aux soins transfrontaliers (Zoast). Cette expérimentation devrait prendre sa place dans le cadre du prochain programme de coopération transfrontalière INTERREG V.

5. Jeu/Animation ciblé autour d'un repas interactif en présence d'experts et de professionnels de thématiques variées par exemple les conduites à risque des jeunes, l'aide aux aidants proches, la bienveillance des personnes âgées...

6. OCR Promotion Santé Suisse : <http://promotionsante.ch/public-health/bases-de-la-promotion-de-la-sante-et-de-la-prevention/impact/ergebnismodell.html>

LU POUR VOUS

Promotion de la santé et web 2.0.

Réflexions et bonnes pratiques

Le premier ebook en Belgique francophone abordant la communication web 2.0 en promotion de la santé

Carole Feulien, Question Santé

À l'heure du tout numérique, internet constitue une véritable opportunité pour le monde associatif de faire connaître ses projets, recueillir la parole des usagers ou tout simplement moderniser son image. Le secteur de la promotion de la santé n'échappe pas à la règle.

Sans aucun doute, le phénomène du web social séduit, non sans amener son lot de questions : quelles informations diffuser ? Dans quel but ? Les outils web permettent-ils de diminuer la fracture sociale en matière de santé ou, au contraire, la renforcent-ils ? Peut-on viser des changements de comportement par ce biais ? Quelle éthique en matière de santé sur le web ? Où s'arrêter ? Quelle confidentialité ? Quel soutien social permet-il d'offrir ? Comment mesurer l'impact des publications en ligne ?

Un ouvrage de référence interactif

Suite à sa journée 'Promotion de la santé et web 2.0, parlons-en!' du 18 mars 2014¹, l'asbl Question Santé nous propose, un an plus tard, une synthèse de ce colloque riche en contenus et en images au travers d'un ebook, un format bien à propos.

L'utilisation de ce format est une première dans le secteur de la promotion de la santé en Belgique francophone. Phénomène de mode ou pas, il semblait logique à l'asbl d'utiliser un



Au menu

Édito

Promotion de la santé : internet or not internet

- Web 2.0 et promotion de la santé : enjeux et limites
- Internet l'incontournable
- Internet et promotion de la santé : qu'en est-il des inégalités ?

Internet pratique : Quoi ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Combien ?

- Introduction : internet, des outils à haut potentiel à votre portée
- Les potentialités des outils web : Twitter, Facebook, YouTube, Blogs, LinkedIn, Google+, Instagram...
- Quelles stratégies web 2.0 ?

- Miser sur le web 2.0 : quel investissement humain et financier ?
- Évaluer ses actions sur le web

Initiatives

- Jouer pour rester en santé : initiatives canadiennes
- Espaces de discussion en ligne : expériences françaises
- Internet et promotion de la santé en Belgique francophone : initiatives

Pour aller plus loin...

- Internet, médias sociaux et promotion de la santé : bibliographie commentée

Conclusion

nouveau média web pour partager le contenu de cette journée dédiée aux techniques de communication internet. Il permet aux personnes présentes de retrouver la teneur des discussions, analyses et débats. Et aux autres, de prendre part à cet échange. Accessible en ligne, l'ebook se veut également un véritable outil de travail pour mener des projets sur le web. On peut ainsi y prendre des notes, y ajouter des signets, y visionner des vidéos, des interviews et des photos de la journée.

Entre réflexions de fond et bonnes pratiques

L'outil proposé par Question Santé s'attelle à contextualiser l'utilisation du web dans le domaine de la santé, et plus particulièrement celui de la promotion de la santé, en mettant en évidence les enjeux et limites de la

1. Lire à ce sujet « Faut-il 'liker' pour exister ? », par Christian De Bock, Education Santé no 300, mai 2014 (<http://educationsante.be/article/faut-il-liker-pour-exister/>)

communication web dans le secteur. Il évoque ensuite les usages d'internet en présentant des exemples pratiques. La question des inégalités sociales de santé inhérentes à l'utilisation du web fait elle aussi partie de la réflexion proposée.

Dans la seconde partie, une intéressante entrée en matière porte sur les outils web les plus populaires. Viennent ensuite les questions du développement d'une stratégie on-line, de la détermination d'objectifs spécifiques à la promotion de la santé en regard de l'évaluation

d'impact des projets et de l'investissement humain et financier nécessaire malgré l'apparente gratuité du web. La troisième partie de l'ebook présente des initiatives belges, mais aussi françaises et canadiennes d'actions et réalisations web. Enfin, la dernière partie propose des références pour aller plus loin, à travers une bibliographie commentée par le Service communautaire UCL-RESO, que vous pouvez d'ailleurs lire un peu plus loin dans ce numéro. En plus de ces contenus, les internautes

pourront trouver des interviews vidéo des animateurs, partenaires et participants de la journée, ainsi qu'une sympathique vidéo d'ambiance qui rappellera aux 120 personnes présentes les temps forts de l'événement. *L'ebook est disponible pour consultation et téléchargement à l'adresse www.questionsante.org/ebook. Question Santé asbl, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, Tél. : 02 512 41 74, Fax : 02 512 54 36, www.questionsante.org, info@questionsante.org.*

Génération jouissance

Christian De Bock

Prise de risques, comas éthyliques à l'adolescence, cuites à répétition : les occasions de s'inquiéter ne manquent pas pour les parents et les éducateurs.

'Jeunes et alcool – Génération jouissance', l'ouvrage écrit par **Martin de Duve** et **Jean-Pierre Jacques**, fait le pari de tenir un propos accessible sur les abus d'alcool et les autres ivresses à l'adolescence, sans tomber pour autant dans les clichés, les discours convenus, la vaine stigmatisation.

Il aborde les conduites d'ivresse des adolescents depuis leurs déterminants psychologiques ou familiaux jusqu'à leur inscription dans notre contexte de civilisation qui promet la jouissance à travers la consommation. Il décrit sans faux-semblant les usages et les excès, sans sombrer pour autant dans un catastrophisme



systématique et déprimant, sans juger ni condamner, mais en s'efforçant de comprendre pour mieux intervenir.

En particulier, les auteurs dénoncent la responsabilité du très puissant lobby de l'alcool, ils décrivent ses pratiques sournoises de publicité et marketing dont le public jeune est une cible privilégiée. Ils interrogent aussi les moyens dont les pouvoirs publics disposent pour réagir, assez

Table des matières

- L'alcool, notre drogue culturelle
- De l'initiation familiale à celle des 'alcooliers'
- Pourquoi boit-on et pourquoi un jeune boit-il ?
- Quels sont les discours collectifs généralement entendus ?
- Les publicitaires savent pourquoi
- Génération jouissance
- Rites d'initiation et pratiques à risque
- L'adolescence, un mauvais moment à passer
- Les jeunes, des consommateurs pas comme les autres ?
- L'alcool-ravage : transgressions et pulsions de mort
- Addiction, révolte et soumission
- L'initiation au bien boire
- Comment parler d'alcool ?
- Peut-on prévenir l'alcoolisme ?
- Suis-je alcoolique ? Puis-je, dois-je m'arrêter ? Dois-je me faire aider ?
- Lorsque les adultes sont démunis

Extrait

Nous baignons dans un monde hédoniste. Nous en sommes nourris, gavés. Et nous n'avons guère envie de sortir de cette société du divertissement généralisé. C'était aussi la solution des Romains. Elle leur garantissait la paix sociale : du pain et des jeux. On en est revenu là. Les gens (...) ont des jeux et un océan de psychotropes, alcools, joints et pilules pour aromatiser leurs loisirs. Les ados adoptent le modèle avec la fougue de leurs corps en pulsion. Plus que jamais dans l'Histoire, la jeunesse est en phase avec les idéaux de son temps, des idéaux de jouissance immédiate et d'ivresse consommatoire : c'est la génération jouissance.

mollement faut-il le rappeler, dans notre pays à la culture brassicole très présente...

À partir de leur expérience professionnelle au contact des jeunes et de leurs familles, ils discutent avec la même conviction des perspectives thérapeutiques et des mesures

à prendre en termes de prévention, au niveau individuel et familial comme au niveau collectif. Comment parler d'alcool en famille ? Comment agir en tant que parent, éducateur, enseignant, spécialiste de la santé ? Comment initier les adolescents plutôt que de les laisser en proie

aux pousse-à-boire cyniques ? Les auteurs nous offrent quelques pistes de remédiation précieuses...

Jeunes et alcool – Génération jouissance, Martin de Duve et Jean-Pierre Jacques, De Boeck, Collection 'Comprendre', 200 pages, 2014

DOCUMENTATION

Internet, médias sociaux et promotion de la santé

Aurélié Leroy, RESO UCL

Depuis plusieurs années, internet et les médias sociaux sont devenus des outils d'information et de partage des connaissances de plus en plus privilégiés par la population. L'essor de ces récentes technologies a favorisé « *de nouvelles médiations de l'information santé, les professionnels de la santé et des institutions de santé publique n'étant plus désormais les seules sources d'information* » (voir Thøer et Levy, référence ci-dessous).

En outre, ces NTIC (nouvelles technologies d'information et de communication) constituent désormais un moyen essentiel de diffusion, de sensibilisation et d'interventions en prévention et promotion de la santé. Elles permettent d'accroître tant chez l'individu en bonne santé que chez le patient sa capacité d'expertise (et de choix) face à la santé, à la maladie et transforment ainsi le rapport aux professionnels de santé, aux soignants.

Ces technologies ouvrent également la voie à de nouveaux modes d'interventions basés sur une participation plus active des individus et patients (forums, télésanté, coaching thérapeutique, etc.).

Les mots clés suivants ont été utilisés pour mener la recherche dans la base de données DOCTES¹ : 'santé', 'internet', 'réseau social', 'TIC'. La date du document et sa pertinence ont conditionné le choix des articles retenus. Cinq documents ont ainsi été sélectionnés et font l'objet d'une bibliographie commentée.

CHAREYRE L., SMADJA O., (ss.coord.), (2012), Dossier : Prévention et aide à distance en santé, in La Santé de l'Homme, n° 422, novembre-décembre, pp. 13-39.

Les dispositifs d'aide à distance en santé ont fortement évolué depuis l'émergence des nouvelles technologies et d'internet. À côté des services téléphoniques d'assistance, d'information aux personnes, se sont développés des forums de discussion, des échanges par questions/réponses, du coaching permettant d'élargir l'offre et d'améliorer l'interactivité avec le public. Ce dossier propose un état des lieux des nouveaux dispositifs et de leur rôle en santé publique. Les auteurs s'interrogent également sur l'évolution des besoins des usagers et leur impact sur la formation des professionnels.

DECCACHE C. (2013), Les stratégies d'apprentissage mises en place par les internautes de forums de santé, Mémoire non publié, Université Catholique de Louvain, École de Santé Publique, orientation Éducation pour la santé-Éducation du Patient, 68 p.

Les personnes atteintes de maladies chroniques ont fréquemment recours à l'usage de forums de santé afin d'échanger des informations. Cette recherche étudie les circonstances, les conditions d'utilisation, l'apprentissage et la gestion des informations par les internautes atteints de diabète.

THOER C., LÉVY J.J., (ss.dir.), (2012), internet et Santé, Acteurs, usages et appropriations, Éditions Presses de l'Université du Québec, Coll. Santé et Société, 506 p.

Cet ouvrage collectif offre un aperçu détaillé des travaux et recherches sur internet et la santé.

Il analyse dans un premier temps les usages d'internet et leurs enjeux dans le domaine de la santé. Les problématiques de l'usage d'internet

auprès de populations particulières (migrants, santé mentale, aidants, aînés, toxicomanes, etc.) sont ensuite présentées. Les aspects méthodologiques, éthiques de l'intervention et de la recherche en ligne ainsi que des études de cas complètent cet aperçu.

LAURENT B-A., HOUSSEAU B., (ss.coord.), (2012), Dossier : Éducation à la sexualité, du social à l'intime : l'émergence d'internet et des réseaux sociaux, in Santé de l'Homme, n° 418, Mars-Avril, pp. 9-40.

Internet et les réseaux sociaux ont bouleversé l'accès des adolescents à l'information et leur façon d'interagir avec les autres. Mais quelle est la place d'internet et des réseaux sociaux dans l'éducation à la sexualité chez les adolescents ? Comment influencent-ils les représentations et pratiques des adolescents en matière de sexualité ? Comment modifient-ils les pratiques en éducation pour la santé ? Ce dossier fait le point sur les connaissances et pratiques liées à cette thématique.

CHARLIER S., (2014), Les répercussions du développement des NTIC sur la relation soignant-soigné, in Prospective Jeunesse, n° 69, avril 2014, pp. 31-35.

Dans cet article, l'auteur met en évidence les bénéfices et limites du développement des usages d'internet sur la relation entre les soignants et les soignés. Il souligne la nécessité de sortir d'une vision dualiste où internet 'dérange' la relation thérapeutique ou, *a contrario*, la 'favorise'. Charlier propose d'en étudier les conditions 'd'exploitation' de façon plus objective.

1. Base de données du RESOdoc, service de documentation de l'UCL-RESO, disponible en ligne sur <http://www.uclouvain.be/reso>.



SOMMAIRE

INITIATIVES

- 2 État des lieux du dépistage des cancers en 2014, par *Colette Barbier*
- 5 Dépistage du cancer du col de l'utérus, par le *Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)*
- 6 Troisième université de printemps francophone en santé publique, par les *Universités en santé publique et en promotion de la santé*

RÉFLEXIONS

- 8 La littératie en santé : comprendre l'incompréhension, par *Pascale Dupuis*

LOCALE

- 11 Un Livre blanc de la promotion de la santé pour la Thiérache franco-belge, par *Geneviève Houioux* et *Philippe Lorenzo*

LU POUR VOUS

- 13 Promotion de la santé et web 2.0 : réflexions et bonnes pratiques, par *Carole Feulien*
- 14 Génération jouissance, par *Christian De Bock*

DOCUMENTATION

- 15 Internet, médias sociaux et promotion de la santé, par *Aurélié Leroy*

DES ARTICLES INÉDITS !

Éducation Santé vous propose des articles inédits sur son site internet !

Le saviez-vous ? La revue met en ligne chaque mois des articles inédits, jamais publiés dans la revue papier. Il s'agit le plus souvent de sujets d'actualité reçus trop tardivement pour être intégrés dans le numéro en cours ou alors de textes d'un intérêt évident mais que nous ne pouvons publier dans la version imprimée par manque de place.

Surfez donc sans plus attendre sur

www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux.

Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : www.facebook.com/revueeducationsante ou www.twitter.com/EducationSante

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : Colette Barbier, Pascale Dupuis, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Geneviève Houioux, Aurélié Leroy et Philippe Lorenzo.

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

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

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

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

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

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

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

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

Comité opérationnel : Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1 200 exemplaires. **Diffusion :** 1 100 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 450 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

Tél. : 02 246 48 50. Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

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

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

ÉDUCATION SANTÉ

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



Wallonie



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

