

ÉDUCATION SANTÉ

JANVIER 2017

329

Les choix alimentaires des Belges *Christian De Bock*

Ne paraît pas en août - Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623 - Numéro d'agrégation: P401139 - Éditeur responsable: Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40, 1031 Bruxelles. Crédit photo: Fotolia



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

www.educationsante.be

Ensemble nous sommes plus forts !

Christian De Bock, rédacteur en chef

L'année qui vient de s'achever a vu un double événement dans le petit monde de la promotion de la santé francophone belge : la création de deux fédérations regroupant la plupart des acteurs subventionnés du secteur.

La plus rapide à se constituer a été la Fédération wallonne de promotion de la santé, fondée le 19 mai 2016, suivie quelques mois plus tard, le 21 novembre 2016, par la Fédération bruxelloise de promotion de la santé¹.

Nous ne reviendrons plus sur la bizarrerie qui veut que sur un territoire aussi petit qu'une partie de la Belgique et avec une population bénéficiaire des interventions aussi limitée (environ 4.500.000 personnes d'après les chiffres officiels de population 2016), il 'fallait' deux asbl, les aléas de la politique nationale sont passés par là... Heureusement pour la cohérence 'francophone', les deux associations partagent les mêmes valeurs, exprimées dans leurs statuts (je paraphrase les textes) :

Les associations ont pour but de valoriser la promotion de la santé au sein des politiques actuelles et futures.

L'objet social des associations découle du

mémorandum du secteur de la promotion de la santé de mars (Bruxelles) ou juin (Wallonie) 2014 des Plates-formes de promotion de la santé et consiste à :

- faire connaître, reconnaître et défendre l'existence structurelle et financière des membres dans leurs missions de promotion de la santé ;*
- assurer la représentation de la promotion de la santé dans les organes de concertation et de décision qu'ils soient institutionnalisés ou non ;*
- soutenir un plaidoyer (partager une vision commune de la promotion de la santé et lui donner de la visibilité, la défendre et promouvoir auprès des politiques, des médias et d'autres secteurs d'activité) ;*
- valoriser l'action de ses membres en matière de promotion de la santé.*

À côté de ces quatre objectifs communs, la Fédération wallonne a aussi pour buts de :

- renforcer les pratiques communes en*

s'appuyant sur l'expertise de ses membres ;
- rassembler et fédérer les membres, favoriser cohérence et cohésion tant en interne qu'avec des associations similaires au niveau régional, communautaire, fédéral et international.

Ce dernier objectif semble en partie réalisable si on en juge par le nombre d'associations, financées par les deux régions, qui sont membres des deux fédérations : 25 sur 33 à Bruxelles, et sur 51 en Wallonie (chiffre pouvant évoluer un peu dans le futur).

Éducation Santé se félicite de cet aboutissement d'une belle idée très ancienne, les premières tentatives de regroupement des acteurs de la promotion de la santé datant du tout début des années 80 avec l'Association pour la promotion de l'éducation pour la santé (APES)².

Une excellente année aux deux jeunes associations et à tous nos lecteurs !

¹ Voir l'article 'La Fédération wallonne de promotion de la santé, enfin !, propos de Chantal Leva et Yves Gosselain recueillis par Christian De Bock, Éducation Santé n° 325, septembre 2016, <http://educationsante.be/article/la-federation-wallonne-de-promotion-de-la-sante-enfin/> et 'La Fédération bruxelloise de promotion de la santé est née, Christian De Bock, Éducation Santé n° 328, décembre 2016, <http://educationsante.be/article/la-federation-bruxelloise-de-promotion-de-la-sante-est-nee/>.

² Il s'agit bien de la première 'formulation' de l'APES à Liège, comme chacun sait plus active que jamais aujourd'hui au profit des régions wallonne et bruxelloise (Cocof) et de l'ONE.

INITIATIVES

Éducation Santé - évaluation 2016

Carole Feulien et Christian De Bock

Depuis notre dernière évaluation des services du mensuel Éducation Santé¹, voici 4 ans, notre projet a vécu deux évolutions significatives : d'une part, à l'échelle de l'espace francophone belge un changement de contexte institutionnel après une bonne quinzaine d'années de stabilité ; d'autre part, à notre modeste niveau, des développements numériques significatifs, avec refonte complète du site internet en 2014 et intégration étroite de la page Facebook, du compte Twitter et de la lettre d'information électronique mensuelle.

¹ Voir l'article 'Votre avis sur Éducation Santé' de Christian De Bock dans le numéro 285 de janvier 2013, <http://educationsante.be/article/votre-avis-sur-education-sante/>

La seule chose qui n'ait pas évolué, c'est le budget annuel du projet, bloqué depuis la fin 2008 sans la moindre indexation de son montant...

Objectifs et questionnaire

Nous avons cherché à savoir plusieurs choses : tout d'abord mieux connaître nos lecteurs, leur profil, leur usage des différentes déclinaisons d'Éducation Santé ; ensuite vérifier si le projet correspond toujours à leurs attentes ; également récolter leurs attentes quant à de nouveaux développements (en termes de territoires, de maintien d'une revue imprimée, de ressources électroniques...); enfin emmagasiner des informations pour argumenter de nouvelles demandes de subsides...

Plus précisément, le questionnaire, comportant une trentaine de questions, abordait les aspects suivants :

- qui 'lit' la revue (âge, sexe, formation, lieu principal d'activité, nombre de lecteurs par exemplaire diffusé) ?
- quelles modalités d'Éducation Santé utilisent-ils (mensuel imprimé, newsletter, site internet, Twitter, Facebook) ?
- quelle formule 'régionale' souhaitent-ils : francophone belge et internationale inchangée, modules territoriaux wallon et bruxellois accentués, autre formule ?
- quels 'nouveaux' services aimeraient-ils que la revue développe (nouvelles modalités de la newsletter, nouvelles fonctionnalités du site, etc.) ?

Calendrier

Dans un premier temps, le questionnaire a été envoyé fin mai 2016 par courriel aux abonnés à la revue imprimée et à la lettre d'information mensuelle, soit 1904 personnes en tout. Un rappel a été joint au numéro de juillet-août envoyé aux seuls abonnés postaux (1197 exemplaires). Ce rappel a introduit un biais dans les résultats, en surévaluant la proportion de lecteurs 'papier', mais il nous a aussi permis de doubler le nombre des réponses...

À la clôture de l'enregistrement des réponses, nous avons reçu 185 questionnaires complétés, soit un taux de réponse de 9,7 %. Avec les réponses tardives que nous avons continué à recevoir, il dépasse les 10 %.

Résultats (en %)

Profil

Sexe

| | |
|--------------|------|
| Femmes | 71,9 |
| Hommes | 28,1 |

Âge

| | |
|--------------------------|-------------|
| Moins de 25 ans | 5,4 |
| 25 à 34 ans | 20 |
| 35 à 44 ans | 20,5 |
| 45 à 54 ans | 30,8 |
| 55 ans ou plus | 23,2 |

Formation

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Sciences de la santé | 57,3 |
| Sciences humaines | 30,3 |
| Autres | 12,4 |

Zone d'activité

| | |
|-----------------------|-------------|
| Wallonie | 62,2 |
| Bruxelles | 24,9 |
| Autres | 12,9 |

Commentaire

D'une enquête à l'autre, l'écrasante majorité de femmes suivant Éducation Santé ne faiblit pas, ce qui est évidemment attendu dans un secteur 'santé-social' comme le nôtre.

On notera aussi que la revue vieillit avec ses fidèles abonnés...

Élément nouveau lié à l'évolution institutionnelle récente, nous avons demandé aux répondants de préciser leur territoire d'activité. Sur base du fichier d'envoi postal du numéro 325, nous pouvons y ajouter ceci :

- 64 % des abonnés reçoivent la revue à leur privé et 36 % sur leur lieu de travail ;
- 72,5 % des abonnés sont situés en Wallonie, 25 % à Bruxelles et 2,5 % en Flandre (adresses privées de francophones habitant en périphérie bruxelloise) ;
- dans les adresses privées, 76 % en Wallonie, 20 % à Bruxelles et 4 % en Flandre ;
- dans les adresses professionnelles, 62,5 % en Wallonie, 37,5 % à Bruxelles et 0 % en Flandre.

Éducation Santé en général

Appréciation globale

| | |
|------------------|-------------|
| Bon | 64,9 |
| Excellent | 25,9 |
| Moyen | 9,2 |
| Mauvais | 0 |

Motivation de la lecture

Lien entre pratique

| | |
|--|-------------|
| et vision globale prévention | 65,9 |
| Mieux approcher les concepts | 62,7 |
| Mieux comprendre les stratégies d'action ... | 48,6 |
| Échanger | 29,7 |

Appréciation par rubrique

(plutôt intéressé ou très intéressé)

| | |
|--------------------------|-----------|
| Initiatives | 93 |
| Lu pour vous | 90,2 |
| Outils | 88,7 |
| Stratégies | 88,1 |
| Réflexions | 87,6 |
| Documentation | 84,8 |
| Locale | 82,7 |
| Données | 81,1 |
| Vu pour vous | 71,3 |
| Éditoriaux | 62,2 |
| Acteurs | 61,6 |
| Tribune lecteurs | 55,6 |

Formule préférée

| | |
|----------------------------|-----------|
| Inchangée | 87 |
| Wallonie + Bruxelles | 11,4 |

Commentaire

D'une évaluation à l'autre, l'indice de satisfaction globale de nos abonnés reste élevé.

La plupart des rubriques ont un score important, à l'exception des 'tribunes de lecteurs' (paraissant rarement), des éditoriaux du rédacteur en chef (volontairement peu nombreux, pas plus de deux ou trois par an!) et des 'Portraits'. Pour cette dernière, la qualité du travail et de l'écriture de la titulaire de la rubrique ne sont certainement pas en cause, mais on peut comprendre que la notoriété toute relative des 'stars' de notre discipline n'est pas étrangère à cette désaffection...

Info importante : la perspective d'une évolution de la publication calquée sur l'évolution institutionnelle avec deux parties spécifiquement wallonne ou bruxelloise est rejetée par près de 9 répondants sur 10.

Revue imprimée

Êtes-vous abonné²

| | |
|------------------|-------------|
| Oui | 89,7 |
| Non | 10,3 |

Depuis combien de temps

| | |
|----------------------------|-------------|
| Plus de 2 ans | 75,3 |
| 1 à 2 ans | 13,9 |
| Moins d'un an | 10,8 |

2. Attention, biais dû au rappel envoyé uniquement aux abonnés postaux. Il y a une forte majorité d'abonnés postaux, mais pas aussi forte que ceci semble indiquer.

Comment lisez-vous

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Certains articles | 69,3 |
| Entièrement | 25,9 |
| Feuillette | 4,8 |

Combien de lecteurs par exemplaire diffusé

| | |
|-----------------|-------------|
| 1 | 41,6 |
| 2 | 28,3 |
| 4 ou plus | 18,1 |
| 3 | 12 |

Conservez-vous la revue

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Oui, tous les numéros | 53 |
| Certains numéros | 34,3 |
| Non | 12,7 |

Appréciation nouvelle maquette

| | |
|--------------------|-------------|
| Bon | 48,8 |
| Excellent | 19,3 |
| Pas d'avis | 17,5 |
| Pas remarqué | 10,8 |
| Moyen | 3,6 |
| Mauvais | 0 |

16 pages au lieu de 20

| | |
|------------------------------|-----------|
| OK | 47 |
| Ni mieux ni moins bien | 36,7 |
| Trop court | 16,3 |

Suppression version imprimée

| | |
|-------------------------|-------------|
| Non | 62,7 |
| Ni pour ni contre | 30,1 |
| Oui | 7,2 |

Commentaire

La fidélité des lecteurs se confirme d'une évaluation à l'autre, ainsi que le fait qu'un grand nombre d'entre eux conservent la collection de la revue.

À noter aussi, il y a sans doute près de 3 lecteurs par exemplaire diffusé en tenant compte du grand nombre d'abonnés qui partagent Éducation Santé avec une, deux ou plusieurs personnes, notamment dans les centres de documentation et les bibliothèques d'écoles. Mais l'information la plus spectaculaire est le rejet assez net de notre proposition de renoncer à la version 'papier' du magazine en 2017. Et plus de la moitié des répondants se sont donné la peine de justifier leur attitude par un commentaire!

Site www.educationsante.be

Consultation site

| | |
|------------------|-------------|
| Oui | 51,9 |
| Non | 48,1 |

Fréquence visites

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| De temps en temps | 65,6 |
| Plus d'une fois par mois | 31,3 |
| Plus d'une fois par semaine | 3,1 |

Motif consultation

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Recherche d'info | 61,5 |
| Retrouver un article | 40,6 |
| Pour les actus du secteur | 31,3 |
| Autres | 20,6 |

Appréciation globale

| | |
|-------------------|-------------|
| Bon | 64,6 |
| Excellent | 25 |
| Moyen | 5,2 |
| Pas utilisé | 5,2 |
| Mauvais | 0 |

Articles inédits sur site

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Bonne idée | 43,7 |
| J'ignorais cela m'intéresse | 29,2 |
| Je les préfère imprimés | 21,9 |
| Sans avis | 5,2 |
| Ne m'intéresse pas | 0 |

Évolutions possibles

(plutôt intéressé ou très intéressé)

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| Podcasts | 67,7 |
| Espace personnel ³ | 64,6 |
| Espace thématique | 56,3 |
| Forum | 55,2 |
| Espace soumission article | 51 |
| Visionneuse de revue | 40,6 |
| Format e-pub | 35,4 |

Commentaire

La moitié des abonnés consultent de temps en temps ou régulièrement le site de la revue. À côté de cela, il y a le nombre des visiteurs, qui est évidemment plus conséquent. La moyenne de visiteurs uniques mensuels (une même personne n'est enregistrée qu'une fois) des 12 derniers mois est proche de 5.000.

Près de 3 répondants sur 10 ne savent pas qu'Éducation Santé publie chaque mois une partie de son contenu exclusivement sur le web. Cette partie de l'évaluation nous donne aussi des pistes de réflexion intéressantes quant à de nouvelles fonctionnalités à mettre en place à l'avenir.

Réseaux sociaux

Consultation

| | |
|------------------|-------------|
| Non | 42,2 |
|------------------|-------------|

| | |
|---------------------------|------|
| Oui | 29,7 |
| Non, mais intéressé | 28,1 |

Prise de connaissance actus

| | |
|-------------------------|-------------|
| Newsletter | 67,3 |
| Site | 48,6 |
| Facebook | 33,6 |
| Twitter | 6,5 |

Qualité des actus

| | |
|----------------------|-------------|
| Bon | 59,8 |
| Pas consultées | 25,2 |
| Excellent | 13,1 |
| Moyen | 1,9 |
| Mauvais | 0 |

Commentaire

La lettre d'information mensuelle permet de mettre en valeur un petit nombre parmi les informations relayées sur Facebook et Twitter, de l'ordre de 10 % de ce qu'Éducation Santé publie sur les réseaux sociaux.

Lettre d'info mensuelle

Êtes-vous abonné ?

| | |
|------------------|-----------|
| Oui | 67 |
| Non | 33 |

Qualité lettre d'info

| | |
|------------------|-----------|
| Bon | 79 |
| Excellent | 12,9 |
| Moyen | 8,1 |
| Mauvais | 0 |

Évolutions possibles

| | |
|--|-------------|
| Newsletter⁴ thématique | 33,9 |
| OK comme maintenant | 31,5 |
| Newsletter avec inédits | 16,9 |
| Newsletter personnalisée | 9,7 |

Commentaire

Cet outil renvoie chaque mois à quelques articles du numéro à paraître, que les abonnés 'postaux' recevront une dizaine de jours plus tard dans leur boîte aux lettres. Il contient aussi quelques actualités plus 'périssables'. Un tiers des abonnés sont demandeurs d'une formule thématique, qui reprendrait des textes publiés dans Éducation Santé mais aussi des références pertinentes provenant d'autres sources. Une piste intéressante, qui nécessiterait toutefois des ressources supplémentaires...

³ L'espace personnel permet aux surfeurs de sauvegarder des articles qui les intéressent et de gérer eux-mêmes leurs abonnements à la revue papier et à la lettre d'information électronique. L'espace thématique permet aux surfeurs de mettre en avant leurs projets et de découvrir ceux des autres, sur une thématique donnée en promotion de la santé.

⁴ Une newsletter thématique est consacrée à un sujet donné, différent chaque mois, reprenant des articles de la revue et d'autres références. Une newsletter personnalisée reprend uniquement des articles identifiés comme faisant partie des centres d'intérêt de l'abonné.

En Belgique, trois écoliers sur quatre ne s'hydratent pas suffisamment : tel est le constat du Dr Nathalie Michels, chercheuse au Département de santé publique de l'Université de Gand.

Aisément évitable, la déshydratation est à l'origine de nombreux désagréments auxquels on ne la relie pas toujours. Cause de fatigue et de troubles de l'attention, elle favorise également certaines maladies chroniques comme les infections urinaires. Comme l'ont déjà souligné de nombreuses études, la déshydratation touche prioritairement les enfants. Au Royaume-Uni, il a été montré que 44 % des 7-10 ans étaient insuffisamment hydratés. À l'échelle européenne, les chercheurs estiment que 35 % des adolescents, 14 % des 9-13 ans et 7 % des 2-9 ans sont fréquemment en état de déshydratation.

Comment expliquer la prégnance de ce problème chez les plus jeunes ? D'abord par des raisons 'mathématiques' : la surface de leur corps – et donc l'espace de transpiration disponible – par rapport à leur poids est proportionnellement plus élevée que celle des adultes. Par ailleurs, les enfants sont relativement dépendants des parents et des professeurs pour accéder aux boissons, ce qui peut retarder l'apport en liquide. Enfin, les enfants ont une perception différente de la soif... et souvent un goût modéré pour l'eau minérale.

Avec son équipe, le Dr Nathalie Michels s'est penchée plus spécifiquement sur le niveau d'hydratation des enfants au cours des journées scolaires. « *Non seulement les enfants passent beaucoup de temps à l'école mais celle-ci peut aussi jouer un rôle de modèle* », explique la chercheuse. Au programme scolaire, la thématique de l'eau devrait en effet permettre de sensibiliser les enfants à la nécessité de boire régulièrement et suffisamment. Mais d'un autre côté, la nécessité de demander la permission d'aller aux toilettes tout comme le caractère peu accueillant, voire insalubre, des sanitaires peuvent paradoxalement encourager les enfants à boire moins qu'ils n'y seraient enclins. Déshydratés à l'école, ils le seraient aussi 'à cause' de l'école.



Photo © Fotolia

Déshydratés du matin au soir

Menée dans les écoles primaires de huit communes de la province de Hainaut (Ath, Belœil, Basècles, Ellezelles, Lessines, Leuze-en-Hainaut, Maffle, Tournai et Tubize) – avec le soutien du Service de Promotion de la Santé à l'École 'Hainaut-Picardie' – ainsi que dans neuf communes de la province de Flandre orientale, l'étude a porté sur 400 enfants âgés de 9 à 13 ans.

Le niveau d'hydratation des écoliers a été évalué à partir de deux échantillons journaliers d'urine (l'un recueilli au début de la journée scolaire et l'autre en cours de journée). La mesure de l'osmolalité – qui correspond au nombre de molécules dissoutes dans un kilogramme de fluide – a fourni des données très précises, sachant qu'un degré élevé d'osmolalité signale une déshydratation. En début de journée, une osmolalité moyenne de 888 mosmol/kg a été mesurée tandis que ce chiffre passait à 767 mosmol/kg en journée. Il est ainsi apparu que 75 % des élèves étaient déjà déshydratés en arrivant à l'école tandis que 53 % le restaient au cours de la journée. La bio-impédance, qui mesure la résistance des tissus biologiques par l'envoi d'un courant électrique de faible intensité,

a pour sa part fourni des indications sur le taux d'eau dans le corps.

Couplés à la fréquence des passages aux toilettes, ces deux marqueurs biologiques ont permis d'objectiver le taux de déshydratation des enfants. D'autres données relatives à l'alimentation et aux boissons consommées ont également été recueillies. Conclusion : l'apport moyen de liquide par jour de semaine est de 911 ml, alors que les recommandations formulées par l'EFSA (Autorité européenne de sécurité des aliments) préconisent des apports en eau (via les boissons mais aussi les aliments) de 2100 ml/jour pour les garçons de 9 à 13 ans et de 1900 ml pour les filles du même âge. Dans la population étudiée par le Dr Michels, seuls 11,7 % des enfants suivaient effectivement ces recommandations.

L'hydratation s'est révélée globalement supérieure chez les filles, en Flandre et chez les enfants présentant un poids sain. Du reste, un haut niveau d'éducation des parents semble associé à une consommation d'eau plus importante et à une consommation plus faible de sodas.

Autant de corrélations qui laissent penser que l'éducation à 'bien boire' pourrait jouer un rôle central dans la prévention de la déshydratation. Mais il est aussi à noter qu'une alimentation 'saine' est souvent plus riche en liquides (fruits, légumes, etc.), ce qui pourrait expliquer l'association entre surpoids et déshydratation. À l'inverse, on peut penser qu'une hydratation insuffisante pourrait contribuer à encourager la consommation de certains aliments 'peu sains' pour contrer les effets indésirables précités, comme la baisse de l'attention ou le 'coup de pompe'.

La faute aux sanitaires ?

L'étude révèle surtout qu'au-delà du manque d'information et des mauvaises habitudes, la déshydratation serait assez directement corrélée au milieu scolaire. En effet, les données recueillies révèlent que les enfants vont beaucoup plus fréquemment aux toilettes durant les week-ends qu'en semaine. Alors

qu'en semaine, 17 % des enfants vont moins de quatre fois par jour aux toilettes, ils ne sont plus que 9 % dans ce cas durant les week-ends. Il est donc probable que les écoliers adoptent en réalité une attitude d'évitement : boire moins pour moins aller aux toilettes.

« *L'hydratation des enfants est meilleure quand de l'eau est disponible pendant les cours de sport, la récréation ou la pause repas. Elle est aussi meilleure quand le sujet de l'hydratation fait l'objet d'un cours et quand les enfants*

sont autorisés à boire en classe. Par ailleurs, les passages aux toilettes sont plus fréquents quand le sujet est abordé en classe, qu'il existe un règlement officiel concernant les visites aux toilettes et que les toilettes sont agréables (propreté, papier à disposition, verrous sur les portes...) », conclut le Dr Michels.

Pour la chercheuse, il serait donc urgent d'attirer l'attention des pouvoirs publics et des directions – spécifiquement en Wallonie, qui engrange de moins bons résultats – sur la nécessité

d'encourager les élèves à boire suffisamment, tout en mettant de l'eau à leur disposition (fontaines à eau, robinets, gobelets...) mais aussi... des toilettes propres¹.

Référence : Nathalie Michels, Karen Van den Bussche, Johan Vande Walle & Stefaan De Henauw, 'Belgian primary school children's hydration status at school and its personal determinants', Eur J Nutr, DOI 10.1007/s00394-015-1126-4

1. Voir sur le même sujet l'article de Carole Feuillen 'Ne tournons pas autour du pot, sanitaires à l'école, levons le tabou', Éducation Santé n° 314, septembre 2015, <http://educationsante.be/article/ne-tournons-pas-autour-du-pot/>

RÉFLEXIONS

Partage et application de connaissances (PAC) L'itinéraire incertain des connaissances issues de la recherche

Anne Le Penneec

Pour élaborer un projet territorial en prévention et promotion de la santé, les décideurs locaux auraient tout à gagner à s'appuyer sur les enseignements issus de la recherche en santé publique, notamment ceux qui explicitent les ressorts des inégalités sociales et territoriales de santé ainsi que les modalités d'interventions visant à les réduire.

Le font-ils ? Trop peu, juge une équipe de chercheurs appartenant au département des Sciences humaines et sociales de l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes (EHESP) et ses collaborateurs de l'Université de Montréal. Aussi ces chercheurs, emmenés par l'enseignante-chercheur **Jeanine Pommier**, ont-ils bâti un projet de recherche dédié à cette problématique, qu'ils ont baptisé RICAP¹ (Recherche et intervention : collaboration entre chercheurs et acteurs des politiques). Leur objectif : étudier les conditions nécessaires au partage et à l'application des connaissances en santé publique entre chercheurs et acteurs de politiques locales. Ces travaux, démarrés en 2013, ont fait l'objet d'une journée d'échange et de production collective² le 7 octobre dernier à l'EHESP. Trente personnes y ont participé. Parmi elles se trouvaient des acteurs de la recherche mais aussi des techniciens de santé publique ou de promotion de la santé, des décideurs politiques, associatifs et institutionnels, des ingénieurs d'études et une

poignée de professionnels des médias et éditeurs en santé publique.

PAC : de quoi parle-t-on ?

Qu'on se le dise : ce PAC-là n'a rien à voir avec la Politique agricole commune ! Il s'agit de son homonyme masculin : Partage et Application de Connaissances, un concept qui désigne l'ensemble des fonctions et des processus qui visent à améliorer la manière dont les connaissances sont partagées et appliquées pour apporter des changements efficaces et durables. Il se fonde sur trois stratégies complémentaires : informationnelle, relationnelle et systémique. La première – informationnelle – consiste à sensibiliser les acteurs au moyen de notes de synthèse, dossiers de connaissances, infographies, bases de données qui sont autant d'outils utiles à la collecte, au stockage et à la communication d'informations pour en faciliter l'accès et l'utilisation.

La deuxième – relationnelle – revient à mobiliser les acteurs, créer du lien entre eux et

les faire collaborer en vue de coproduire des connaissances via les réseaux sociaux, des plate-formes collaboratives ou des communautés de pratique par exemple.

La troisième enfin – systémique – vise à développer les capacités de tous, acteurs politiques et chercheurs, en vue d'une meilleure intégration des connaissances dans les pratiques des uns et des autres. Ça, c'est pour la théorie.

Trois années de recherche

Le projet RICAP s'inscrit dans ce cadre conceptuel avec la volonté d'interroger chacune des trois stratégies du PAC. Son coordinateur, **Anthony Lacouture**, est doctorant en santé publique et science politique. Il s'est d'abord employé à décrire le PAC au moyen d'une revue de la littérature internationale sur le transfert de connaissances. Puis il a lancé deux études portant sur les dispositifs de collaboration entre chercheurs et décideurs en santé publique dans trois régions françaises. Par dispositifs de collaboration, il faut comprendre recherches interventionnelles,

1. Présentation et actualités du projet RICAP sont disponibles sur son site internet : <http://recherche.ehesp.fr/ricap/>

2. Cette journée était organisée par l'EHESP en collaboration avec le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, l'Association Élus, santé publique et territoires, la chaire REALISME et l'équipe RENARD.

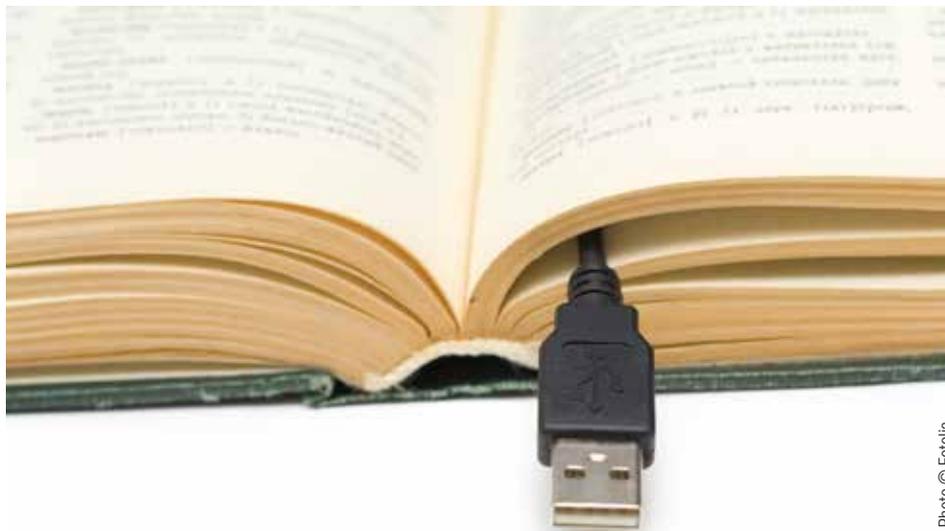
recherches action, participatives ou évaluatives ou encore évaluations d'impact en santé (EIS). « Dans la première de ces études », rapporte-t-il, « l'objectif a été d'étudier les conditions facilitantes ou limitantes du PAC entre chercheurs et acteurs des politiques. » Ces deux-là n'évoquent pas les mêmes facteurs, on s'en doute. Trois dispositifs de collaboration, en Bretagne, en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, ont ensuite été sélectionnés pour être passés au crible et comprendre pourquoi et comment ceux qui s'y impliquent produisent des connaissances et favorisent leur utilisation en faveur de la santé des populations. Ce travail est toujours en cours et sera au cœur de la thèse universitaire d'Anthony Lacouture.

Mais ce n'est pas tout car le projet RICAP s'intéresse plus particulièrement à la trajectoire de la connaissance à l'échelle de l'intercommunalité. C'est pourquoi les chercheurs se sont ensuite employés à questionner des élus et des techniciens de communes et d'intercommunalités sur la manière dont ils mettent en œuvre les trois stratégies du PAC. Enfin, ils ont rencontré 19 d'entre eux en Bretagne, soit onze élus et huit techniciens pour étudier dans le détail avec eux la question des conditions nécessaires à l'utilisation des données issues de la recherche en matière de prévention et promotion de la santé.

Trois années de recherche ont ainsi permis à Anthony Lacouture de collecter quantité de données, de discours et de constats, matériau à partir duquel il a extrait une série de propositions d'actions pour optimiser la mobilisation, le partage, la production ou l'utilisation des connaissances au sein des territoires lors de l'élaboration d'un projet en prévention et promotion de la santé.

État de l'art sur le transfert de connaissances

Le jeune chercheur en était là quand s'est tenue la journée de travail du 7 octobre. Les participants réunis dans l'amphithéâtre savaient à quoi s'en tenir : leurs cerveaux seraient mis à contribution pour discuter les actions proposées, en imaginer de nouvelles et sélectionner quelques priorités qu'il leur faudrait ensuite rendre opérantes au moyen de fiches actions. Pas de quoi effrayer les professionnels de santé publique ayant répondu à l'invitation de l'EHESP, habitués à de telles méthodes de travail et aux allers-retours entre séances plénières et travaux de groupe.



En préambule et une fois le programme et les enjeux de la journée présentés par Jeanine Pommier, ce sont les chercheurs québécois qui ont pris la parole les premiers pour brosser un rapide portrait du transfert de connaissances, autrement plus étudié outre-Atlantique qu'en France.

À travers ses mécanismes efficaces et ses facteurs d'influence d'abord, par la voix de **Christian Dagenais**, professeur de psychologie à l'Université de Montréal et directeur de l'équipe RENARD dédiée précisément au transfert de connaissances. « *Le profil de l'utilisateur, son expertise, ses habilités et ses compétences propres comptent bien entendu* », a-t-il expliqué. « *Mais ce ne sont pas les seules influences. Les caractéristiques liées à l'environnement et aux structures organisationnelles du décideur et du chercheur lui-même entrent aussi en ligne de compte.* »

Puis **Valéry Ridde**, professeur de santé publique à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, a évoqué quelques-uns des outils qu'il a lui-même mobilisés pour faire connaître ses travaux sur les politiques de santé en Afrique de l'Ouest aux décideurs locaux : infographies élaborées à partir de données probantes, caricatures, vidéos, recours au théâtre de rue, notes de politique (*policy briefs* en anglais) incluant des recommandations opérationnelles pour l'action ou encore blog alimenté avec le concours d'écrivains, journalistes ou pas. « *Mais attention* », prévient-il, « *il n'existe pas d'outil miracle qui marche à tous les coups. Le transfert de connaissances reste un processus complexe.* » Ces constats et éléments de réflexion étant posés, les participants se sont mis au travail.

Objectif : discuter en groupes de la pertinence des quinze actions proposées, réparties selon les quatre processus du PAC – mobilisation, partage, production et utilisation des connaissances – et ses trois stratégies citées plus haut – informationnelle, relationnelle, systémique. Par exemple et pour ne citer que deux actions avec l'espoir de ne pas rendre cet article complètement indigeste : 'Développer le lobbying et la fonction d'interpellation des élus par les élus et autres acteurs pour créer une culture commune dans le temps'. Ou encore : 'réaliser un support permettant de présenter les modalités de recherche en prévention et promotion de la santé pour favoriser leur appropriation par les acteurs des politiques'. Dans les groupes, les langues se sont déliées doucement, chacun cherchant le point d'entrée faisant écho à sa pratique professionnelle. Sur le volet mobilisation des connaissances existantes, plusieurs initiatives ont été citées en exemple, notamment celle du Centre national de formation de la fonction publique (CNFPT) intitulée *e-communauté en santé publique*. Le démarrage de cette plate-forme d'échange entre chercheurs, acteurs et décideurs sur des questions de santé publique est prévu en décembre 2016³. S'agissant de la production de nouvelles connaissances, une poignée de participants a judicieusement fait remarquer que le début de mandat d'un élu n'est pas le meilleur moment pour initier des collaborations avec les chercheurs dans la mesure où sa prise de fonction l'accapare déjà beaucoup. D'autres ont pointé le fait que conditionner les appels à projet de recherche à un partenariat entre les équipes

3. L'article a été rédigé mi-novembre (ndlr).

de recherche, les citoyens et les décideurs est un levier simple et puissant.

Quid des stratégies pour diffuser les connaissances localement ? Le concept 'Ma thèse en 180 secondes', qui consiste à présenter une recherche et ses enjeux en trois minutes chrono à un public lambda, pourrait être inspirant. Plusieurs personnes ont également plaidé pour une co-construction des connaissances, au travers notamment de la recherche interventionnelle, jugeant que les acteurs de terrain se les approprient ensuite mieux que les données issues du seul travail des chercheurs et fournies par eux.

A voté !

Invité à formuler eux-mêmes des nouvelles pistes d'actions, l'ensemble des groupes en a livré seize en mesure, selon eux, d'optimiser la mobilisation, la production et le partage des connaissances. Ils sont en revanche restés cois sur l'axe 'utilisation de ces connaissances'. Puis l'amphithéâtre a pris des allures de bureau de vote. Les participants étaient invités à choisir parmi toutes ces propositions (31 au total) pour n'en retenir que quatre, une par processus du PAC, qu'ils estimaient prioritaires. Un vote tout ce qu'il y a de plus moderne via internet et au moyen du smartphone, de la tablette ou de l'ordinateur portable que chacun avait pris soin d'apporter. Les résultats, disponibles en un rien de temps, ont révélé un certain consensus autour de deux processus, plébiscitant les actions suivantes : 'penser un dispositif territorial souple et fluide pour faire connaître d'une part, les recherches menées et d'autre part, les problématiques auxquelles sont confrontés les acteurs des politiques et les actions qu'ils mettent en œuvre

pour y faire face' (axe mobilisation) et 'créer des modalités d'accompagnement et de soutien des acteurs des politiques pour favoriser l'utilisation des connaissances scientifiques' (axe utilisation). Sur les deux autres axes, les votes étaient plus dispersés. Lors de la dernière séquence de travail, quatre groupes ont investi quatre salles avec pour consigne de bâtir chacun une fiche action correspondant à une action prioritaire. À défaut d'action prioritaire évidente, le groupe avait la liberté de travailler sur la proposition de son choix et de formuler lui aussi un ou plusieurs objectifs, d'identifier des porteurs potentiels de l'action, de la décrire, de pointer leviers, contraintes et points de vigilance.

Le temps était limité, le travail collectif quelque peu hésitant. Néanmoins, la restitution des travaux en plénière a révélé l'existence de quatre ébauches bien amorcées, que les chercheurs investis dans le projet RICAP ont confirmé vouloir exploiter pour la suite de leurs travaux sur le PAC en prévention et promotion de la santé à l'échelle des territoires.

L'œil du novice

Lionel Larqué n'est ni décideur politique, ni acteur de santé sur le terrain, ni chercheur en santé publique. Il a pourtant assisté à toute la journée de travail, pris part aux discussions de groupe, au vote et à la rédaction des fiches actions. Il a surtout écouté attentivement chacune des interventions, affichant de temps à autre un sourire entendu voire surpris. À la ville, il est physicien-océanographe et directeur général d'ALLISS (Alliance Sciences Société), un réseau associatif d'acteurs militant pour un meilleur dialogue entre sciences et société. À la scène ce jour-là, il s'est livré à un exercice

de bousculade intellectuelle en exprimant sans détour ce que les échanges de la journée lui avaient laissé comme impressions. « Il y a plusieurs éléphants dans le couloir qui sont autant d'implicites et de non-dits que vous auriez tout intérêt à rendre explicites. Cela rendrait vos discours et vos intentions plus audibles. Le primat du soin et du médicament par exemple. Vous sous-entendez que c'est un problème mais sans l'exprimer clairement. Vous semblez aussi considérer que la société agit raisonnablement et que la force des données probantes guide les acteurs dans leurs décisions. Mais ce n'est pas ainsi que cela se passe. Les décideurs ont eux-mêmes une vision du monde et vont tout faire pour ignorer ce que vous avez à leur dire. C'est en sortant des non-dits pour construire une vision commune des problèmes que vous avancerez. »

Lionel Larqué réfute l'usage du terme 'transfert de connaissances'. « Pensez-vous vraiment que les connaissances ne circulent que dans un seul sens ou qu'elles ont intérêt à cela ? ». Autre bataille à mener selon Lionel Larqué : celle de la langue et de la médiation du courant scientifique produit. « Il ne s'agit pas de parler latin à votre Église mais d'être compris par le peuple ! » Pour lui, les questions de recherche ne peuvent émerger que si elles ont d'abord eu l'occasion d'incuber et de se confronter à différents paradigmes. « Cela revient notamment à se demander qui pose la question, comment, en quels termes exactement ? C'est le minimum éthique du partage de connaissances. » Nul doute que cette remise en question un brin déstabilisante aura fait mouche dans l'assistance...

Ce que la géographie peut pour le dépistage du cancer du sein

Pour l'association française 'Élus, santé publique & territoires' (ESPT) qui regroupe plus de 60 villes, il est évident que les élus locaux ont la capacité, et aussi le devoir, d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Mais comment faire pour les en convaincre et les inciter à passer à l'action ? S'emparant de la problématique du dépistage du cancer du sein en Île-de-France, l'association a noué un partenariat acteurs-décideurs-chercheurs avec deux équipes universitaires de géographes

de la santé et les acteurs de santé régionaux. Leur but : s'inscrire dans une logique de coproduction d'une connaissance scientifique utilisable pour l'action publique. Depuis 2010, ils s'emploient à effectuer des diagnostics locaux de santé à l'échelle infra-communale, c'est-à-dire quartier par quartier. Les données sont recueillies par les différents acteurs du champ de la santé agissant pour la prévention du cancer du sein sur ces territoires, puis les scientifiques et leurs étudiants élaborent

une cartographie des disparités de participation au dépistage, complétée par une enquête qualitative visant à expliquer les variations observées d'un quartier à l'autre. À ce jour, une cinquantaine de communes franciliennes se sont prêtées au jeu. Les résultats de cette recherche n'ont pas vocation à demeurer confidentiels : une plateforme régionale baptisée *Géodépistage* recense toutes les études.

Pour en savoir plus : <https://villesetsante.com>

ALP

Bientôt une plate-forme française de ressources en santé publique ?

InSPIRe-ID est le pertinent acronyme d'une initiative française originale et prometteuse. En version longue, cela donne : Initiative en Santé Publique pour l'Interaction de la Recherche, de l'Intervention et de la Décision.

Il s'agit ni plus ni moins d'un dispositif de transfert et de partage de connaissances en santé publique à l'échelle du pays, en construction depuis quelques années à l'EHESP sous la houlette de **Linda Cambon**, **Laurent Chambaud** et **François Petitjean**.

« De nombreuses données existent sur les interventions probantes ou prometteuses en prévention et promotion de la santé : ce qui marche, à quelles conditions, etc.

Mais », constatent-ils, « elles ne sont pas travaillées pour être facilement accessibles aux professionnels. De fait il y a plusieurs obstacles tels que le coût, la langue, la traduction en synthèses et en référentiels d'action. »

L'idée consiste donc à créer une plate-forme collaborative de ressources ouverte aux chercheurs et aux opérateurs en santé publique, qui recense, valorise et mutualise

les données utiles et utilisables par les uns et les autres, propose appui et expertises pour la recherche et l'utilisation des données probantes et encourage la recherche interventionnelle.

L'autre caractéristique du projet est de réunir au sein de son comité de pilotage dix institutions et agences de santé publique françaises parmi les plus influentes tels que la Direction générale de la Santé, la Société française de santé publique, Santé Publique France ou encore l'Institut national du cancer, auxquels s'ajoute une douzaine de partenaires tout aussi incontournables. Une gageure en somme.

Début 2016, le projet était sur les rails et semblait bien parti. Un état des lieux des dispositifs existant en France et pouvant permettre d'alimenter à court ou moyen terme la future plate-forme était remis à François Petitjean et concluait à la nécessité d'offrir des services à forte valeur ajoutée.

Anthony Lacouture, doctorant au sein du projet RICAP, a pour sa part bouclé une

étude qui passe en revue les dispositifs mis en œuvre à l'étranger auprès des décideurs pour favoriser le recours aux données sur des interventions probantes ou prometteuses dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Seulement voilà : depuis cet automne, la belle initiative boit la tasse. « *InSPIRe ID est aujourd'hui suspendu* », a annoncé Linda Cambon aux participants à la journée d'échange et de production autour du projet RICAP, laissant entendre que des querelles de chapelle pour savoir qui s'attribuerait la paternité du dispositif étaient à l'origine de la noyade.

« Pour autant », a-t-elle ajouté, « les travaux se poursuivent entre la SFSP, l'EHESP et l'Institut Renaudot dans le but de structurer un outil commun pour l'évaluation des actions en santé publique. » Ce dernier n'a pas encore de nom. Du reste, il n'en aura peut-être jamais. « *Le naufrage d'InSPIRe-ID a commencé quand nous avons baptisé le dispositif* », glisse Linda Cambon.

ALP

OUTILS

Un comparateur d'outils dans la base de données www.pipsa.be

Catherine Spièce, Outilthèque santé

C'est assez courant lorsqu'on veut acheter un téléphone portable, un pull ou une voiture d'occasion sur une boutique en ligne : le vendeur vous propose de comparer entre eux les produits afin de sélectionner celui qui est le mieux adapté à votre usage.

Depuis peu, ce service est aussi disponible pour des outils pédagogiques en promotion de la santé, sur le site www.pipsa.be de l'Outilthèque santé gérée par le Service Promotion Santé de Solidaris et financée par la Région wallonne et la Cocof.

Rétroactes

PIPSa, comme la plupart des bases de données, permet une recherche d'outils pédagogiques sur

base d'un thème de santé, d'un support ou du public. Le résultat de recherche fournit une liste d'outils (du plus récent au plus ancien), parfois assez longue selon la thématique sélectionnée (par exemple elle affiche pas moins de 78 outils sur l'alimentation). Il devenait nécessaire, pour une plus grande facilité d'utilisation du site et de choix parmi les outils proposés, que l'utilisateur puisse comparer ces outils entre eux.

Comment ça marche ?

En cliquant sur la fonction 'Ajouter à mon Compar'Outils', le surfeur insère les outils qu'il souhaite comparer dans un tableau synthétique. Celui-ci permet une vue transversale des outils sélectionnés et lui permet de répondre aux questions suivantes :

- pour quel public, enfants, adolescents, adultes ?
- combien ça coûte ?



- est-il téléchargeable, disponible en prêt, faut-il l'acheter ?
- quel type de support ?
- quel temps investir pour pouvoir l'utiliser ?
- quels contenus sont abordés ?
- quels sont les points forts de cet outil, par rapport aux outils sur la même thématique, quelle serait la plus-value de celui-ci ?
- quels sont les points d'attention, y a-t-il des réserves par rapport à son utilisation ?
- quels outils pourraient être utilisés en

complément ?

Le *Compar'Outils* s'affiche sur la largeur de l'écran. Il permet de comparer 4 outils en même temps.

Les critères 'coup de cœur' rendus visibles

Le tableau comparatif permet de visualiser les cotations obtenues par les outils sur les 5 critères permettant d'obtenir le 'coup de cœur' de PIPSa :

- cohérence : les objectifs, le contenu,

- le dispositif pédagogique, les éléments graphiques, le support sont-ils bien adaptés au public destinataire et au public utilisateur ?
- attractivité : a-t-on envie 'd'aller vers' l'outil, suscite-t-il de la curiosité, de l'intérêt ?
- interactivité : l'outil ou sa dynamique d'utilisation permettent-ils de construire de l'interaction entre les participants ?
- soutenant pour l'utilisateur : le guide d'accompagnement fournit-il le fil rouge et tous les éléments utiles pour s'approprier l'outil ?
- soutenant pour la promotion de la santé : propose-t-il une vue globale et positive de la santé, prend-il en compte des déterminants individuels et environnementaux de la santé, contribue-t-il au renforcement du pouvoir d'agir et de dire ?

Jusqu'ici, ces critères n'étaient pas visibles dans l'avis de PIPSa. Le *Compar'Outils* les intègre dans le tableau comparatif, sous la forme d'une graduation de 1 à 4 étoiles. Ils peuvent donc désormais entrer en ligne de compte pour sélectionner un outil.

Le Compar'Outils ne se substitue pas à l'avis de PIPSa !

S'il permet un premier tri des outils, le comparateur ne fournit qu'une information lacunaire quant à la qualité de l'outil. Une lecture de l'avis des évaluateurs reste tout à fait pertinente pour finaliser son choix d'outil.

LU POUR VOUS

« Accepter de l'argent de l'industrie du tabac, c'est comme si le gouvernement fédéral faisait construire de nouvelles écoles de police aux frais de la mafia. »
(Hervé Hasquin, à l'époque Ministre-président de la Communauté française)

Quand l'industrie du tabac fait de la prévention

Luk Joossens (traduction Christian De Bock)

Les ados stupides ne fument pas, les autres...

Nous sommes dans les années 90. L'industrie du tabac veut à tout prix éviter une loi interdisant la publicité pour les produits du tabac. Philip Morris précise sa stratégie dans un mémo interne. Le géant veut avec d'autres fabricants mettre sur pied des campagnes antitabac. C'est moins bizarre qu'on pourrait le croire : développez un tel programme de façon maladroite et vous pouvez

être sûrs qu'il sera inefficace. Fedetab indique la voie à suivre dès 1997. La coupole de l'industrie belge du tabac fait campagne pour convaincre les jeunes de ne pas fumer. Sur les affiches et dépliants, on voit des ados sans aucun charisme, qui ont l'air de s'ennuyer à 100 à l'heure. En fait, la campagne s'adresse à la classe politique. Le message est clair : inutile de légiférer puisque l'industrie se charge de

décourager le tabagisme chez les jeunes. Nous autres, du 'clan' des antitabac, ne voyons pas les choses de la même manière, évidemment. Nous plaçons pour l'interdiction de la publicité mais nous voulons aussi inciter réellement les jeunes à ne pas fumer. En 2000, les taxes sur le tabac rapportent en Belgique 1,8 milliard d'euros alors que... 175.000 euros sont consacrés à la prévention. En d'autres termes, pour 10.000 euros de

recettes, 1 euro va à la sensibilisation. L'exigence d'un 'fonds tabac' correctement doté se fait de plus en plus insistante.

Pendant des années, l'industrie a travaillé avec un budget publicitaire oscillant entre 25 et 50 millions d'euros. Nous voulons la même somme pour mettre au point et diffuser des campagnes efficaces.

Magda Aelvoet d'Agalev (le parti écologiste flamand ndlr), Ministre de la Santé publique depuis juillet 1999 n'est pas sourde à notre demande. En août 2000, elle annonce son intention de consacrer 12,5 millions annuels à la prévention. L'argent devrait provenir de la perception d'1 centime sur chaque paquet de cigarettes ou de tabac à rouler. Mais elle doit d'abord obtenir le feu vert de son collègue des Finances, **Didier Reynders**.

La relation entre eux n'est pas simple et le ministre libéral n'est pas très chaud à l'idée de 'lâcher' 12,5 millions. Dans un premier temps, Reynders répond poliment qu'il va examiner la chose. Il décide finalement que le gouvernement peut investir 1,8 million. S'il faut plus de moyens, ils devront provenir d'une contribution volontaire du secteur.

Ce que nous ignorons à ce moment : Reynders négocie en douce avec les producteurs de tabac pour leur faire endosser 'volontairement' des campagnes de prévention.

La Fondation Rodin

En août 2002, Didier Reynders annonce tout sourire que les fabricants de tabac vont alimenter volontairement pendant 6 ans un fonds pour la prévention. Quelle bonne nouvelle ! Ils verseront chaque année 1,8 million, soit près de 11 millions en tout. L'asbl Fondation Rodin, nouvellement créée, gèrera ce fonds. Cela se base sur un contrat qui n'est pas rendu public, mais dont on nous assure qu'il garantit une 'indépendance absolue' vis-à-vis de l'industrie.

L'industrie du tabac qui s'engage à dépenser 11 millions en 6 ans sans se mêler de rien ? Je me demande qui peut croire ça une seule seconde. Il n'y a aucune 'bonne' raison pourtant que les autorités publiques délèguent une matière aussi importante de leur politique de santé publique au secteur du tabac. Ou, comme le déclare Hervé Hasquin, pourtant du même parti que Reynders, « *Accepter de l'argent de l'industrie du tabac, c'est*



comme si le gouvernement fédéral faisait construire de nouvelles écoles de police aux frais de la mafia. »

Cette initiative ne soulève donc guère d'enthousiasme, mais dès que quelqu'un émet une critique, la réaction est immédiate. Le Prof. **Danielle Piette** (ULB) publie une tribune sur la Fondation Rodin dans *La Libre Belgique* et se voit instantanément menacée d'un procès ¹. En septembre 2002, je publie à mon tour avec **Marleen Lambert** ² une tribune dans *De Standaard* sous le titre 'Le cadeau empoisonné'. Huit mois plus tard, mon employeur, le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) me licencie. Difficile évidemment de prouver un lien entre mon article et mon licenciement. Il n'empêche, le fait est que le CRIOC et 'Rodin' sont en excellents termes en 2003. Ils ont même passé une convention ! Une alliance improbable de la défense des consommateurs et d'une officine financée par l'industrie du tabac...

Toujours est-il que le conseil d'administration du CRIOC me propose une retraite anticipée à 53 ans ³. Je refuse la proposition. On me dit alors que je peux continuer à travailler au CRIOC mais avec interdiction absolue d'encore évoquer le tabac dans les médias. Autant dire que mon licenciement en bonne et due forme ne tarde pas, cinq jours plus tard il est effectif. Cela ne passe pas inaperçu. Test-Achats se retire du conseil d'administration du CRIOC en évoquant mon licenciement parmi ses raisons. Des articles importants dans *Le Soir*, *De Morgen* et *Knack* relatent cette affaire bizarre. Heureusement, je ne reste pas longtemps sans

emploi et dès le mois de septembre 2003 je rejoins la Fondation contre le Cancer.

Mais revenons à la question à 11 millions.

Qu'y a-t-il donc dans le contrat liant l'industrie du tabac et la Fondation Rodin ? La journaliste d'investigation de *Knack* **Marleen Teugels** veut en avoir le cœur net et bombarde le ministre Reynders et l'asbl de questions détaillées et précises.

La réaction de l'asbl ne se fait pas attendre : si son enquête est publiée ⁴, l'hebdomadaire sera traîné en justice... Son rédacteur en chef, **Rik Van Cauwelaert** ne se laisse pas intimider et publie la lettre de menace des avocats de 'Rodin' en couverture du magazine sous le titre : « La censure et le lobby du tabac – le rôle discret du Ministre Reynders – l'article qui ne 'pouvait' pas paraître ». Finalement, le contenu de l'accord sera divulgué un an plus tard dans *Le Soir*. Pas de révélations bouleversantes, mais le contrat contient des clauses très contraignantes pour le bénéficiaire des largesses de l'industrie. Prenez par exemple l'article 2. Il précise que l'argent ne peut être utilisé que pour des campagnes de dissuasion destinées aux jeunes, ce qui est bien dans la ligne des stratégies antérieures de Philip Morris. Une autre clause précise que la Fondation Rodin doit informer l'industrie de toute campagne, activité, initiative visant le public jeune. Il apparaît aussi que les signataires veulent empêcher la mise en place d'un fonds public financé par une taxe d'un centime d'euro par paquet.

Il y a également une clause de rupture du contrat par les fabricants de tabac dans l'hypothèse où une loi les obligerait, directement ou

1. À l'époque, nous avions avec quelques collègues solidaires accompagné Danielle Piette chez son avocat (ndlr).

2. Marleen Lambert (1962-2009) responsable au moment des faits du KKAT, le Koördinatatiekomitee Algemene Tabakspreventie (ndlr).

3. Autres temps, autres mœurs de gestion des fins de carrière (ndlr) !

4. Nous avons publié son texte en août 2003, Marleen Teugels, 'Rodin : pas de fumée sans feu', Éducation Santé n° 181, <http://educationsante.be/article/rodin-pas-de-fumee-sans-feu/> (ndlr)

indirectement, à alimenter un fonds public. Tout s'éclaire donc, l'argent doit servir à des programmes inefficaces, l'industrie peut contrôler la politique de prévention du tabagisme et il n'y aura pas de taxe dédiée à la prévention par les pouvoirs publics.

Fin 2003, un embryon de fonds public est quand même créé. La pierre d'achoppement pour lui donner des moyens significatifs vient du Conseil d'État, qui estime que l'autorité fédérale ne peut pas lever des impôts pour une compétence qui relève des Communautés. Le fonds sera alors financé par une ponction de 2 millions d'euros sur le budget de l'INAMI.

Philip Morris va bien entendu en profiter pour rompre son contrat avec 'Rodin'. Le tribunal de première instance donne raison au géant américain et la Fondation doit fermer boutique.



Photo © Fotolia

Les fabricants sont satisfaits : pas de campagnes à grande échelle en vue et le fonds public est un 'mini-fonds' aux moyens limités. Ils ont été très habiles. Pendant cinq ans ils ont énervé tout le monde, ils ont négocié avec Reynders pour limiter le plus possible le budget du fonds public, ils ont signé des accords secrets qui leur sont très favorables pour enfin bazarder le tout via un jugement. Ils ont perdu la bataille de l'interdiction de la publicité et gagné celle du fonds tabac...

La suite de ce véritable thriller de 40 ans de lobby antitabac en Belgique dans 'De tabakslobby in België', par Luk Joossens, EPO, 2016. Avec Luk Joossens et Frédéric Soumois, nous espérons en réaliser une adaptation en français, à paraître dans le courant du premier semestre 2017 (ndlr).

Les compétences psychosociales des adultes et la promotion de la santé

Christian De Bock

En quelques années, l'expression 'compétence psychosociale' s'est répandue dans de nombreux domaines d'action. La promotion de la santé n'y échappe pas. Depuis que l'Organisation mondiale de la santé en a donné sa définition en 1993, une multitude d'outils sont venus garnir l'éventail des possibilités d'action des professionnels, visant surtout un public jeune.

Parallèlement, sur le terrain, les acteurs du social, de l'éducation et de la santé constatent qu'un renforcement de ces compétences est profitable tout au long de la vie, particulièrement auprès d'adultes plus fragiles, aux prises avec des situations complexes.

De nombreux termes voisins et satellites accompagnent ce concept : habiletés, capacités, aptitudes sont fréquemment cités, sans compter les expressions anglo-saxonnes telles que *life skills* ou *soft skills*. Cette richesse en fait une notion assez insaisissable. Que sont-elles ? Quels liens entretiennent-elles avec la santé et les inégalités sociales ? Pourquoi doivent-elles être renforcées tout au long de la vie, y compris à l'âge adulte ? Quelles sont leurs limites ? Cultures & Santé propose aujourd'hui un *Focus Santé* (voir encadré page suivante) nous apportant des éclairages divers sur ces questions. D'abord théorique, il explore ce concept, ses leviers et freins, dans un contexte

plus large marqué par des inégalités sociales. Il s'intéresse plus particulièrement à l'impact que cela peut avoir sur la santé et le bien-être.

Plus pratique, la partie 'Action' fournit des pistes et des repères pour agir en favorisant le développement et l'exercice de ces compétences

Qu'en est-il de l'estime de soi ou du sentiment d'auto-efficacité ?

L'estime de soi est « l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. (...) Elle est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre-arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face, de façon responsable et efficace, aux événements et défis de la vie. » (De Saint-Paul, 1999 in : Duclos, 2004)
Le sentiment d'auto-efficacité est « la croyance de l'individu en sa capacité

d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. » (Bandura, 2007)
Il est préférable de considérer l'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité comme des ressources personnelles qui alimentent et sont alimentées par l'exercice des compétences psychosociales de santé. Ces ressources se construisent à travers des situations vécues ; nous n'avons pas toujours de prise sur celles-ci et sur notre état à un instant précis.

chez l'adulte. Cette deuxième partie est illustrée par trois projets exemplaires des asbl *Comme chez nous* (Charleroi), *Les Pissenlits* (Anderlecht) et *La Bobine* (Liège). Elle propose en outre une

grille de questions permettant de porter un regard réflexif sur ses propres projets et actions. Des acteurs, des outils pédagogiques, des ouvrages et articles sont répertoriés à la fin du

dossier pour aider toute personne souhaitant mettre en place des actions relatives aux compétences psychosociales.

Focus sur les focus

Quatre dossiers produits par Cultures & Santé sur des sujets fondamentaux en promotion de la santé, présentant à chaque fois un cadre théorique, des descriptions d'actions et des ressources documentaires et autres.

1. Accidents domestiques chez l'enfant et inégalités sociales de santé (2011)

Les accidents domestiques (chutes, brûlures, intoxications...) sont une des principales causes de mortalité chez les enfants de 0 à 14 ans. Ces accidents sont pourtant pour la plupart évitables. Étant donné l'impact de ceux-ci sur la qualité de vie de l'enfant mais également de la famille, ils constituent un enjeu important de santé publique.

2. Alphabétisation et santé (2012)

« *Le citoyen le moins instruit meurt en moyenne 7,5 ans plus tôt que le plus instruit* ». Quels liens existe-t-il entre l'alphabétisation, le niveau d'instruction et la santé ? Ce dossier met en lumière une problématique ayant un réel impact sur le bien-être des personnes.

3. L'alimentation au cœur des actions de promotion de la santé (2014)

Ce dossier propose d'envisager les actions santé relatives à l'alimentation au-delà de l'approche comportementale, tant celle-ci peut être contre-productive dans certains contextes.

4. Les compétences psychosociales des adultes et la promotion de la santé (2016)

En quelques années, l'expression 'compétence psychosociale' s'est répandue dans de nombreux domaines d'action. La promotion de la santé n'y échappe pas avec une production importante d'outils venant soutenir les pratiques des professionnels et visant surtout un public jeune.

Documents téléchargeables sur <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-focus-sante.html>. Les focus 3 et 4 sont aussi disponibles en format papier chez Cultures&Santé, rue d'Anderlecht 148, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 588 88 10. Courriel : info@cultures-sante.be

DONNÉES

Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 : les aliments

Christian De Bock, d'après les rapports de l'enquête

Les résultats présentés dans le Rapport 4 de l'enquête sur la consommation alimentaire en Belgique en matière d'aliments ont été classés sur base des huit groupes de la pyramide alimentaire active utilisée en Flandre. Pour chaque groupe d'aliments, les apports habituels (c'est-à-dire les apports journaliers moyens mesurés sur une longue période) ont été comparés avec les apports de référence (conseillés).

La pyramide alimentaire active a été conçue de manière à respecter toutes les recommandations pour les apports en macronutriments et micronutriments. Les recommandations nutritionnelles sont exprimées en termes d'apports de référence de la population. Il est possible d'équilibrer les apports sur une

période de 1 à 2 semaines (et non pas sur une seule journée), c'est pourquoi ce sont les apports habituels qui ont été examinés et vérifiés quant à leur conformité par rapport aux recommandations.

Voici donc quelques données significatives pour chaque groupe.

L'eau

Seulement 27 % des Belges (3-64 ans) boivent suffisamment d'eau ou de boissons non sucrées (c'est-à-dire contenant moins de 5 kcal par 100 g, telles que sodas light, café ou thé) ¹. Plus de 90 % des enfants et adolescents (6-17 ans) ne respectent pas les

¹ La consommation des boissons sucrées est reprise dans le 'groupe résiduel'.

recommandations minimales en ce qui concerne la consommation d'eau.

31 % de la population boit plus que l'apport maximal recommandé de boissons non sucrées. Les apports moyens habituels en eau ont augmenté en 2014 par rapport à 2004, passant de 635 ml à 820 ml par jour tandis que les apports en boissons non sucrées ont diminué (de 475 ml à 420 ml).

Le total de la consommation habituelle en eau et boissons non sucrées est plus bas que ce qui est recommandé.

Pommes de terre et produits céréaliers

La consommation habituelle de pain et substituts est en moyenne de 4 à 5 tranches de pain (141 grammes) par jour ; 17 % seulement de la population (3-64 ans) respectent les recommandations dans ce domaine.

La consommation habituelle de pommes de terre et substituts correspond en moyenne à un équivalent de 2 petites pommes de terre (138 g) par jour ; seulement 12 % de la population respectent les recommandations dans ce domaine.

La consommation de pain et substituts a diminué en 2014 par rapport à 2004, passant de 300 g par jour à 254 g ; la consommation de pommes de terre et substituts est restée inchangée. Dans ce groupe, la consommation de pommes de terre a diminué. En revanche celle des substituts, tels que pâtes ou riz, a augmenté.

Légumes

La consommation habituelle de légumes est de 145 g par jour.

Seulement 5 % de la population (3-64 ans) respectent les recommandations en ce domaine. 35 % des jeunes enfants (3-5 ans) sont dans la ligne des recommandations spécifiques à leur âge en ce qui concerne la consommation de légumes. La consommation habituelle de légumes est restée inchangée en 2014 par rapport à 2004.

Fruits

La consommation habituelle de fruits est de 110 grammes soit l'équivalent d'un fruit par jour. 64 % des jeunes enfants de 3 à 5 ans suivent les recommandations en ce qui concerne la consommation de fruits, pour seulement 9 % de la population (3 à 64 ans).

La consommation de fruits est restée inchangée en 2014 par rapport à 2004.



Photo © Fotolia

Produits laitiers et produits à base de soja enrichis en calcium

La consommation moyenne habituelle de produits laitiers et produits à base de soja enrichis en calcium (à l'exception du fromage) est de 160 g par jour ; à peine 2 % de la population (3-64 ans) respectent ainsi les recommandations à ce sujet.

Par rapport à 2004, on peut conclure qu'il y a une légère amélioration dans le choix alimentaire de la population belge (15-64 ans).

Quasiment tous les adolescents de 14 à 17 ans ne consomment pas suffisamment de produits laitiers et produits à base de soja enrichis en calcium.

La consommation habituelle en fromage est de 30 g par jour ; 41 % de la population (3-64 ans) respectent l'apport maximal recommandé à ce sujet.

La consommation de fromage, de produits laitiers et de produits à base de soja enrichis en calcium est restée inchangée en 2014 par rapport à 2004.

Viande, poisson, œufs et substituts

La consommation habituelle de viande, poisson, œufs et de substituts est de 145 g par jour ; 80 % de la population (3-64 ans) consomme plus que ce qui est recommandé à ce sujet. C'est particulièrement vrai pour la viande.

À peine 13 % de la population mange du poisson deux fois par semaine ou davantage.

87 % de la population respecte l'apport maximal de référence en ce qui concerne la consommation d'œufs.

Les substituts végétaux de la viande (légumineuses ou produits végétariens) sont peu consommés. La consommation habituelle pour ces produits est de 4 g par jour en moyenne...

La consommation habituelle pour l'ensemble du groupe 'viande, poisson, œufs et substituts' est restée inchangée en 2014 par rapport à 2004.

Matières grasses à tartiner et pour la cuisson

La consommation habituelle de matières grasses à tartiner et pour la cuisson est de 18 g par jour.

La recommandation concernant ces graisses 'visibles' est respectée par la majorité de la population.

La consommation de matières grasses à tartiner et pour la cuisson a diminué en 2014 par rapport à 2004, passant de 27 à 19 g par jour.

Le groupe résiduel

La consommation moyenne habituelle de produits du groupe résiduel (produits occasionnels, à éviter autant que possible) équivaut à un apport équivalent à 656 kcal par jour ; à peine 6 % de la population (3-64 ans) respectent l'apport maximal recommandé à ce sujet.

La consommation habituelle de boissons sucrées s'élève à 152 g par jour.

La consommation moyenne habituelle de boissons alcoolisées s'élève à 155 g par jour.

La bière est consommée en plus grande quantité (94 g par jour) que le vin (47 g par jour).

La consommation moyenne habituelle s'élève à 43 g par jour pour les biscuits et gâteaux, 29 g pour les sucreries et chocolat, 32 g par jour pour les snacks salés et frits, et 27 g par jour pour les sauces.

La consommation moyenne habituelle en produits du groupe résiduel est restée inchangée en 2014 par rapport à 2004.

Commentaire

Sur la base des recommandations de la pyramide alimentaire active, on peut affirmer que la consommation d'œufs, de noix et de graines ainsi que de matières grasses à tartiner et pour la cuisine est conforme aux recommandations. La consommation d'eau, de pain et substituts (par exemple, pain complet, céréales complètes et flocons d'avoine), pommes de terre et substituts (par exemple, pâtes complètes, riz complet et quinoa), légumes, fruits, produits laitiers et substituts enrichis en calcium, poisson et alternatives végétales à la viande (par exemple, légumineuses et produits végétariens comme le tofu) est trop faible et devrait donc être augmentée.

La consommation de boissons non sucrées (sodas light, café et thé), de fromage, de viande et d'aliments du groupe résiduel (boissons sucrées, boissons alcoolisées, biscuits, gâteaux, sucreries, etc.) est trop élevée.

On observe quelques évolutions positives par rapport à 2004, comme une augmentation de la consommation d'eau et une diminution de la consommation de matières grasses à tartiner et pour la cuisine.

En revanche, la consommation de pain et substituts a diminué par rapport à 2004, ce



Photo © Fotolia

qui peut être considéré comme une évolution négative.

Par rapport à 2004, on peut conclure qu'il y a une légère amélioration dans le choix alimentaire de la population belge (15-64 ans). Il y a cependant clairement une marge d'amélioration.

Il est important de sensibiliser la population à un âge précoce, afin de faire le bon choix de produits et de trouver un bon équilibre dans son régime alimentaire.

Pour tous les groupes alimentaires, les résultats soulignent qu'il est également important de tenir compte des différences socio-économiques constatées en termes de régime alimentaire; les personnes avec un niveau d'éducation plus faible doivent être mieux ciblées au sujet de l'importance d'une alimentation saine et équilibrée.

Le rapport aborde aussi l'énergie et les macronutriments, les aliments enrichis et compléments alimentaires ainsi que les micronutriments. Nous les présenterons la fois prochaine.

De Ridder K, Lebacqz T, Ost C, Teppers E. et Brocatus L. Rapport 4 : La consommation alimentaire. Résumé des principaux résultats. In : Teppers E., Tafforeau J. (ed.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. WIV-ISP, Bruxelles, 2016.

Institut Scientifique de Santé publique, Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance, rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles

Tableau de synthèse avec les recommandations (g/jour), la consommation habituelle (g/jour) et le pourcentage de la population qui respecte les recommandations, par âge et sexe, Enquête de Consommation Alimentaire, Belgique, 2014

| Produits alimentaires | Recommandations | | Enfants (3-9 ans) | | Adolescents (10-17 ans) | | Adultes (18-64 ans) | |
|---|-------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| | Enfants (3-9 ans) | Adolescents et adultes (10-64 ans) | Quantité consommée (g/jour) | % qui respecte les recommandations | Quantité consommée (g/jour)/jour | % qui respecte les recommandations | Quantité consommée (g/jour)/jour | % qui respecte les recommandations |
| Eau et boissons non sucrées* | 500-1500 | 1500 | 560 | 18,1 % | 793 | 6,6 % | 1305 | 31,9 % |
| Pain et produits de substitution* | 90-315 | 150-420 | 113 | 37,4 % | 137 | 16,4 % | 145 | 15,1 % |
| Pommes de terre et produits de substitution* | 50-280 | 210-350 | 108 | 39,1 % | 142 | 10 % | 141 | 9,2 % |
| Légumes* | 100-300 | 300 | 94 | 15,4 % | 106 | 0,7 % | 158 | 4,6 % |
| Fruits* | 100-250 | 250-375 | 236 | 59,4 % | 184 | 12,5 % | 171 | 20,9 % |
| Produits laitiers et produits à base de soja enrichis au calcium* | 450-500 | 450-600 | 270 | 9,5 % | 188 | 1,7 % | 141 | 1 % |
| Fromage** | 20 | 20-40 | 17 | 67,6 % | 23 | 78,1 % | 33 | 29,9 % |
| Viande, poisson, œufs et produits de substitution* | 60-100 | 100 | 102 | 65,6 % | 127 | 69,2 % | 153 | 84,1 % |
| Matières grasses tartinables et de cuisson** | 40-60 | 60-75 | 11 | 100 % | 14 | 100 % | 20 | 99,6 % |
| Groupe résiduel** | 110-230 kcal/jour | 250 kcal/jour | 570 kcal/jour | 2,1 % | 733 kcal/jour | 2,4 % | 652 kcal/jour | 6,6 % |

* Pour ces groupes de produits alimentaires, la consommation minimale est définie sur base de la pyramide alimentaire active. En d'autres mots, la consommation habituelle doit idéalement se situer au-dessus de ces quantités recommandées.

** Pour ces groupes de produits alimentaires, la consommation maximale est définie sur base de la pyramide alimentaire active. En d'autres mots, la consommation habituelle doit idéalement se situer au-dessous de ces quantités recommandées.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

ÉDITORIAL

- 2 Ensemble, nous sommes plus forts,
par *Christian De Bock*

INITIATIVES

- 2 Éducation Santé : évaluation 2016,
par *Carole Feulien* et *Christian De Bock*
- 5 À boire!, par *Julie Luong*

RÉFLEXIONS

- 6 Partage et application de connaissances,
par *Anne Le Pennec*

OUTILS

- 9 Un comparateur d'outils dans
la base de données www.pipsa.be,
par *Catherine Spièce*

LU POUR VOUS

- 10 Quand l'industrie du tabac fait
de la prévention, par *Luk Joossens*
- 12 Les compétences psychosociales
des adultes et la promotion de la santé,
par *Christian De Bock*

DONNÉES

- 13 Enquête de consommation alimentaire 2014-
2015 : les aliments, par *Christian De Bock*

Sur notre site www.educationsante.be

À la parution de chaque numéro, Éducation Santé vous propose des articles disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- Action Test, un nouveau projet de dépistage rapide du VIH à destination des migrants d'Afrique subsaharienne en région bruxelloise, par *Christian De Bock*
- La Fondation contre le cancer et l'e-cigarette, par la *Fondation contre le Cancer*
- Tabac: l'essentiel sur l'arrêt de la consommation, par la *Revue Prescrire*
- En février 2017, un mois de Tournée Minérale pour tout le monde, par la *Fondation contre le Cancer*
- Fragilité osseuse : prévention des fractures, par la *Revue Prescrire*
- Santé conjugulée numéro 76 – couverture sanitaire en Belgique, par la *Fédération des Maisons médicales*
- Zoom sur les 19 communes de Bruxelles, par l'*Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*

Surfez donc sans plus attendre sur

www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

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

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

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Fédération des maisons médicales, Fondation contre le Cancer, Luk Joossens, Julie Luong, Anne Le Pennec, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et Revue Prescrire, Catherine Spièce.

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

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

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

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

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

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

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

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

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

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

Tirage : 1 400 exemplaires. **Diffusion :** 1 300 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

Les textes de ce numéro sont disponibles

sur notre site www.educationsante.be.

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



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

