

ÉDUCATION SANTÉ

AVRIL 2016
321

Le décret bruxellois de promotion de la santé Cécile Jodogne

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, Bruxelles, le Mont des Arts.

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

Vie affective et sexuelle 2.0

Carole Feulien

Lors de son université d'hiver des 3 et 4 décembre derniers à Namur, la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF) nous a proposé de mener une large réflexion sur les mutations sociétales et les réalités vécues sur la toile. Ce nouvel espace de socialisation des jeunes confronte souvent utilisateurs, professionnels et parents à de nombreuses difficultés et questions.

La révolution numérique

« L'être humain a inventé l'écriture, puis le livre, pour prendre en relais et amplifier certaines de ses capacités mentales et sociales. Mais il a aussi inventé les écrans, et la culture qui leur est liée, pour prendre en relais et amplifier tout ce que la culture du livre imprimé laissait de côté », nous explique **Serge Tisseron**, psychiatre et docteur en psychologie français renommé. Celui-ci décrit la culture numérique comme une quadruple révolution :

- une révolution **dans la relation aux savoirs** : les nouvelles technologies nous font brutalement passer d'une culture du livre, caractérisée par une conception verticale du savoir, à une culture des écrans, plutôt horizontale, qui invite au partage en temps réel des connaissances ;
- une révolution **dans la relation aux apprentissages** : le livre, centré sur la temporalité et la mémoire, est un support d'apprentissage par cœur. Il favorise la pensée linéaire, là où les écrans mobilisent la mémoire de travail par la pensée en réseau, fonctionnant davantage par analogies et contiguïtés que par continuité. L'organisation spatiale prime sur l'organisation temporelle ;
- une révolution **dans le fonctionnement psychique** : l'identité du jeune sur le web est définie en référence à l'espace social dans lequel elle se situe. Elle se démultiplie. Les jeunes les essayent, se mettant en scène, à la recherche de leur personnalité. Les identités multiples constituent la nouvelle normalité dont la plasticité est la valeur ajoutée, l'ancienne norme (le « moi fort intégré ») étant disqualifiée de psychorigidité. Ensuite, nous explique S. Tisseron, le mécanisme de défense privilégié sur la toile est le clivage entre les diverses



parties de la personnalité, là où, avant le web, celui du refoulement des désirs était celui qui prévalait. En effet, « *sur internet, aucun contenu n'est réprimé et tous sont accessibles instantanément par l'ouverture d'une 'fenêtre' : c'est le système 'Windows'. Or cette logique correspond exactement à ce qui se passe lorsque, dans le clivage, nous sommes capables de penser à une chose, et aussitôt après de l'oublier comme si elle n'avait jamais existé. Du coup, les contraires peuvent y coexister sans s'exclure.* »¹ Enfin, alors que la culture du livre donne un statut privilégié aux formes verbales, celle des écrans valorise les formes non-verbales, imagées et sensorimotrices, de la symbolisation et de la communication ;

- une révolution **des liens et de la sociabilité** : avec l'avènement de la culture des écrans, nous passons de liens forts, organisés par la proximité physique ou généalogique, à des

liens élastiques organisés par des centres d'intérêt partagés. Cela revient à dire que les liens que nous entretenons avec les autres peuvent passer de plus à moins proches assez facilement. Dans ce nouveau modèle, le désir d'extimité (voir plus loin dans cet article) est élargi du cercle proche (familles et amis) à la planète entière ; l'autorité est fondée sur la reconnaissance par les pairs, la régulation reposant sur tous les participants ; l'expression des expériences intimes renforce l'appartenance de groupe, là où traditionnellement, elle s'y opposait. L'invité de marque de ces deux journées clôture son intervention en invitant les « *penseurs catastrophiques* » à prendre le temps de se familiariser avec ces deux cultures complémentaires pour apprendre à passer de l'une à l'autre, pour ce que chacune apporte de meilleur.

¹ Extrait du blog de S.Tisseron, "Culture numérique : une triple révolution, culturelle, cognitive et psychique", 7 juin 2012, <http://www.sergetisseron.com/blog/nouvel-article-618>.

Le désir d'extimité, un processus de validation

« Poster des morceaux de soi sur les réseaux sociaux, est une invitation au débat », nous explique **Pascal Minotte**, psychologue et formateur au Centre wallon de référence en santé mentale (CRéSaM). Partager des photos de soi, la musique que l'on aime ou afficher son humeur expriment toute la dimension narcissique des réseaux sociaux. Le jeune plus particulièrement se trouve dans un processus de validation de la part des autres. Cette validation (ou invalidation) par les pairs participe à la construction de l'identité et de l'estime de soi. Serge Tisseron appelle cela le « désir d'extimité », celui de montrer des facettes de soi jusque là gardées cachées afin de les faire valider (ou invalider) par autrui et de se les approprier différemment, comme quelque chose qui a de la valeur (ou non). Il précise que ce désir est différent du désir exhibitionniste. Celui-ci se traduit par une absence de prise de risque dans ce qui est exposé (l'exhibitionniste ne montre que ce qu'il sait être choquant), là où le désir d'extimité des jeunes est une prise de risque puisqu'il les expose au retour, potentiellement négatif, des autres. Ainsi, l'extimité est considérée comme un processus au service de la création d'une estime de soi plus riche et de liens sociaux plus nombreux et plus diversifiés².

Un désir pas si neuf...

64 % des jeunes belges ont un profil sur un réseau social : 25 % des 9-10 ans, 49 % des 11-12 ans et 83 % des 13-14 ans, et ce malgré le fait que certains réseaux, comme Facebook, soient interdits aux moins de 13 ans. 41 % des jeunes ont entre 100 et 300 amis en ligne³... Si l'explosion des réseaux sociaux peut effrayer éducateurs, pédagogues, enseignants et autres professionnels ou adultes en contact avec les jeunes, S. Tisseron nous rassure encore. Ceux-ci doivent l'essentiel de leur succès à quatre désirs qui ont toujours existé :

– **Se raconter pour exister** : le jeune construit son sentiment d'exister. Paul Ricœur⁴, dans les années 80 déjà, parlait d'« identité narrative ». L'identité serait fondamentalement liée au fait de se dire soi-même. Il répond au besoin de



Photo © Fotolia

valoriser ses expériences et de leur donner du sens.

- **Se cacher et se montrer à volonté** : très tôt, bébé cherche déjà une réponse d'autrui à ses sollicitations. Plus tard, vient le besoin d'intimité... En effet, si se montrer, c'est se raconter, pouvoir se cacher quand on en ressent le besoin est tout aussi important. L'anonymat que permet internet offre au jeune la possibilité de disparaître quand il le souhaite et satisfait ce besoin. Ces deux désirs sont complémentaires. L'un (se cacher) valorise l'intimité, et l'autre (se montrer) l'extimité. Désirs d'extimité et d'intimité participent ainsi ensemble à la construction de l'estime de soi.
- **Vouloir n'être jamais oublié** : avoir beaucoup d'amis sur les réseaux assure au jeune qu'on ne l'oublie pas. Il se sent exister intensément parce qu'il imagine qu'un grand nombre de personnes pensent à lui de temps en temps (via ses publications en ligne). La quantité remplace la qualité. Mais la démarche fait aussi place à l'altruisme car le jeune, via ces mêmes médias, se rend utile en prodiguant des conseils aux autres (en partageant des recettes de cuisine ou des conseils pour des jeux en ligne par exemple).
- **Maîtriser la distance à l'autre** : tout un chacun rencontre la difficulté de trouver la « bonne » distance avec les autres. Quand on s'en trouve trop près, on angoisse pour sa

liberté, on perd son intimité. A contrario, quand on s'en trouve trop loin, on se sent abandonné. L'adolescent rencontre aussi de grandes difficultés à gérer ce problème qui l'angoisse particulièrement. Les réseaux sociaux lui permettent de moduler cette distance et de résoudre le problème : on peut y être proches et s'y faire des confidences mais il existe indéniablement une distance physique liée aux écrans le rendant inatteignable. L'anonymat y est même possible, le protégeant totalement. Les jeux vidéo en ligne sont aussi une parade à cette difficulté : il y alterne moments de jeux (caché derrière son avatar) et moments d'échanges (discussions).

Bref, « rien de bien nouveau sous le soleil »... conclut le psychiatre.

Usages sociaux d'internet : les selfies

Si Serge Tisseron nous rassure sur l'évolution des mœurs, les professionnels que nous sommes cherchent à donner un sens à ce que font et vivent nos jeunes sur la toile.

Yves Collard, animateur et formateur à Média Animation asbl, nous a proposé un atelier pour décrypter les selfies, ces autoportraits photographiques partagés.

En 2013, 60 millions de selfies ont été postés sur Instagram⁵. C'est dire l'importance du phénomène. Un selfie, c'est de la « production de soi ». Une réponse au besoin d'extimité évoqué par Serge Tisseron (voir plus haut dans cet article), ce besoin de s'exposer dans toutes les facettes de sa vie, au regard de l'autre. Yves Collard, lui, parle d'une forme de narcissisme social. Le selfie existe depuis longtemps. On fait des selfies « pour soi » ou « pour le monde », sur un sujet donné ou dans un contexte particulier. Ils révèlent où l'on est, avec qui et qui on est. Beaucoup de selfies sont utilisés pour faire passer un message. Les adolescents, par le selfie, veulent exprimer quelque chose de leur identité et de leur sociabilité. Se photographier avec ses meilleures amies, dans la même pose, montre le sentiment d'appartenance à un « groupe de copines ». Beaucoup de selfies sont pris dans le miroir, très souvent dans la salle de bain, pour exposer son intimité (à ne

² Pour en savoir plus, lire l'article de Média Animation, "L'extimité, s'exposer pour se construire", par Daniel Bonvoisin et Paul de Theux, décembre 2012, <http://www.media-animation.be/L-extimite-s-exposer-pour-se.html>.

³ Source : ChildFocus, <http://www.childfocus.be/fr/prevention/securite-en-ligne/professionnels/les-jeunes-et-les-reseaux-sociaux>.

⁴ Paul Ricœur, « Temps et récit », Tomes 1, 2 et 3, Paris, Éditions du Seuil, 1983, 1984 et 1985.

⁵ Instagram (www.instagram.com) est une application et un service de partage de photos et de vidéos, disponible sur les smartphones. Il permet le partage de photos et vidéos (personnelles ou pas), avec un réseau d'« abonnés ». Pour plus d'informations sur les nouveaux médias et leur utilisation en promotion de la santé, lire « Promotion de la santé et Web 2.0 – Réflexions et bonnes pratiques », un ebook de Question Santé asbl, disponible gratuitement sur <http://www.questionsante.org/promotion-sante/internet-promotion-sante>.



Photo © Fotolia

pas confondre avec sa sexualité!). Car il est évident que, pour l'adolescent, le corps et ses changements ont une importance primordiale. Les nudies sont des selfies plus ou moins déshabillés. C'est malheureusement un sujet encore peu étudié. Néanmoins, on peut identifier quelques raisons qui poussent les jeunes à les utiliser :

- pour faire carrière : « *si je veux chanter/faire du cinéma, je dois être à l'aise avec mon corps* »;
- par jeu sexuel : l'adolescent a peur de l'acte sexuel. Le nudie permet de ne pas prendre le risque du contact physique et de « le faire » par écrans interposés;
- par « amour » : « *cap ou pas cap ? Prouve-le moi* »;
- pour vivre sa sexualité : le jeune émoustille l'autre, ils en reparlent, sans danger ;
- par curiosité (de soi) : le jeune photographie des « parties » de lui ;
- par bravade : « *tu crois que j'ai peur ?* » « *moi, le sexe, je connais !* »;
- par « publicité » : les photos portent sur les conquêtes (féminines ou masculines).

L'intention de celui qui prend la photo n'est pas forcément mauvaise, le petit ami qui diffuse une photo de sa copine ne veut pas forcément la blesser, mais l'exposer comme un trophée. Ce type de pratiques est évidemment facilité par l'appareil photo numérique avec lequel les jeunes se baladent partout (intégré au smartphone la plupart du temps). Ils peuvent alors prendre le nombre de photos qu'ils veulent, où ils veulent, quand ils veulent, sans contrôle extérieur.

L'animateur conclut en indiquant que les selfies ou nudies ne doivent pas être inquiétants en soi, si leur diffusion reste limitée. Si en revanche ils sont largement diffusés, ce petit jeu peut vite devenir dangereux. Il nous rappelle aussi que le selfie mérite d'être considéré à sa juste valeur et « *contribue à une construction sociale de l'intimité* »⁶.

L'extimité est considérée comme un processus au service de la création d'une estime de soi plus riche et de liens sociaux plus nombreux et plus diversifiés.

L'utilisation d'internet à la croisée des droits

Jean-Marc Van Gysegheem, directeur du master en droit des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) à l'Université de Namur a débuté son intervention en qualifiant internet de « *cours de récréation de laquelle on a changé les limites* ». Il nous a entretenus de la liberté d'expression, favorisée par l'essor d'internet, dont les limites sont mal connues des jeunes. De même que celle du droit à l'image et du double consentement souvent oublié mais pourtant nécessaire en matière de

diffusion et de partage sur la toile de données et photos à caractère personnel. « *Les nouveaux réseaux donnent accès à l'arrière-boutique* » nous explique-t-il et « *fragilisent la maîtrise qu'a l'individu sur ses informations* », nous rappelant que « *le droit à l'oubli sur internet est un leurre* ». Un discours résolument plus pessimiste et alarmiste mais non moins intéressant.

Des outils pour en parler

Lors de la seconde journée, les associations d'aide aux jeunes en milieu ouvert (AMO) *Arpège* et *TCC Accueil* nous ont respectivement présenté les outils *Why net ?* et *Faites le mur*, destinés à amorcer la réflexion avec les jeunes sur les usages d'internet.

Why net ?

Why net ? est un jeu à utiliser en classe ou en groupe (1^{er} degré du secondaire) pour répondre à toutes les questions liées à l'usage du Web 2.0, de manière ludique.

À l'aide d'un pdf interactif (utilisable hors ligne) et de saynètes vidéo humoristiques, des équipes de jeunes sont invitées à répondre aux questions posées sur des thématiques aussi diverses que l'identité multiple, les jeux en ligne, la recherche d'information, les achats sur le net, etc. Il s'agit de rébus, de mimes, de mises en situation.

L'animateur dispose de fiches questions/réponses pour l'aider à mener l'activité, modulable selon le temps disponible, le type de public ou les sujets qu'il juge opportun d'aborder avec le groupe. Complémentairement au jeu, un site internet (www.whynet.be) répertorie des outils, trucs et astuces à destination des professionnels et des parents.

Contact : AMO Arpège,
Rue Z. Caron 39b, 7333 Tertre, 065 75 05 71,
amoarpege@hotmail.com.

Faites le mur

Faites le mur est un outil destiné aux jeunes de 10 à 13 ans. Grâce à un plateau de jeu et un décor (école), les jeunes se mettent dans la peau d'élèves d'une école fictive, où il est permis d'écrire sur le mur. Ils sont confrontés, tout au long du parcours, à différentes situations et problématiques et sont invités à prendre des décisions collectives, dont les effets sont visibles directement sur le mur de l'école. L'animateur a le rôle de médiateur, il facilite l'expression et

⁶ Pour en savoir plus, lire "Selfies, tous pour moi et moi pour tous", par Yves Collard, Média Animation, Juillet 2014, <http://www.media-animation.be/Selfies-tous-pour-moi-et-moi-pour-tous.html>.

donne corps à toute une série de personnages adultes-ressources. L'idée sous-jacente est la suivante : les jeunes, dans les espaces virtuels, ne se rendent pas forcément compte des implications réelles de ce qu'ils y font. Par ailleurs, ils ne conçoivent pas que des adultes peuvent les aider en cas de problème ou de question. C'est pourquoi le jeu a pour support une maquette d'école, où le « mur » du réseau social est remplacé par le mur du bâtiment scolaire, beaucoup plus tangible à leurs yeux (de même que les conséquences de ce qu'ils y disent/ont). L'objectif est de faire prendre conscience aux jeunes, par le biais

d'une expérience concrète, que leurs actes sur la toile ne sont pas sans conséquence tangible. Cela permet à l'animateur d'amener la question des règles de base d'internet, sensiblement les mêmes que celles de la vie sociale en réalité. Le parallèle avec les réseaux sociaux n'est mis en avant qu'à la fin du jeu, afin de permettre aux jeunes de prendre conscience des similitudes entre ce qui vient de se jouer et les réseaux en ligne. Plus d'infos sur : <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613980/faites-le-mur.html>
Contact : AMO TCC Accueil, rue St-Guidon 19, 1070 Bruxelles, 02 521 18 30, tccaccueil@hotmail.com.

En résumé, on peut souligner la pertinence et l'intérêt de l'organisation de ces deux journées de colloque, dans un contexte où les professionnels du secteur de l'EVRA se posent encore de nombreuses questions et semblent toujours frileux vis-à-vis du Grand Méchant Web !

Pour plus d'informations sur le programme des deux journées : http://www.planningfamilial.net/images/Flyer_web.pdf
Contact : FLCPF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles, 02 502 82 03, flcpf@planningfamilial.net.

Étiquetage nutritionnel : le logo de la discorde

Anne Le Pennec

Suspens, rebondissements, intrigues... La saga qui se joue actuellement en France autour de l'étiquetage nutritionnel simplifié des produits alimentaires a tout d'une grande œuvre de... friction.

Les personnages

Le Ministère de la Santé et son bras armé, la Direction générale de la santé (DGS) pilotent l'élaboration de la Loi de Santé 2015, dont l'un des objectifs est d'améliorer l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires en la rendant plus simple, plus synthétique et plus accessible.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) produisent des recommandations et des avis scientifiques et techniques à la demande de la DGS.

L'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle (EREN) conçoit et pilote des études scientifiques en population générale telles que SU.VI.MAX ou NutriNet-Santé. Elle teste notamment l'efficacité (usage, acceptabilité, compréhension) des différents systèmes d'information nutritionnelle.

Les sociétés savantes, associations professionnelles, de consommateurs et de malades s'associent pour faire entendre la voix de la société civile et défendre ses intérêts. La Fédération des entreprises du commerce et de la distribution (FCD) et l'Association nationale des industries alimentaires (ANIA) représentent

les enseignes du commerce et de la grande distribution soumises à l'obligation d'information nutritionnelle sur les produits alimentaires qu'elles commercialisent.

Si vous avez manqué le début

Le gouvernement français a entrepris de moderniser son système de santé. Pour ce faire, la Ministre de la Santé a engagé en 2013 une réflexion collective baptisée Stratégie nationale de santé. Les discussions ont abouti à la rédaction d'un projet de loi de santé, qui a été adopté par le Parlement en janvier dernier. L'un des articles de ce texte prévoit d'améliorer l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires en la rendant plus simple, plus synthétique et plus accessible. Objectif : permettre au consommateur lambda, lorsqu'il s'apprête à acheter de quoi manger, de comparer facilement et d'un coup d'œil les produits alimentaires entre eux, à l'intérieur d'une même famille ou entre produits du même type mais de marques différentes.

Il est vrai que seule la déclaration nutritionnelle incluant la composition du produit et sa valeur énergétique est obligatoire. Elle figure dans un tableau situé sur la face arrière des emballages et détaille les quantités de graisse, d'acides gras

saturés, de glucides, de sucres, de protéines et de sel, pour 100 g, 100 ml ou par portion.

La comparaison entre denrées alimentaires est donc théoriquement possible. Seulement voilà : les consommateurs ne comprennent pas grand chose à tous ces chiffres et n'en tiennent généralement pas compte. D'où l'idée d'inciter les producteurs et les distributeurs à afficher une présentation complémentaire et surtout plus abordable et intuitive (graphiques, symboles) sur la face avant des emballages.

La démarche – volontaire et non obligatoire, au grand dam de la ministre qui a dû faire une concession sur ce point – se veut complémentaire de celle du Plan national nutrition santé (PNNS) qui a pour but de promouvoir une alimentation globalement équilibrée, via des repères de consommation notamment.

De nombreuses sociétés savantes médicales, associations de consommateurs et de malades parmi les plus influentes du pays ont largement appuyé cette demande. « Cette mesure est d'un grand intérêt pour aider le consommateur à orienter ses choix et pour mettre en pratique la recommandation de 'ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé' », argumentent-elles dans une lettre ouverte adressée au Ministère de la Santé.

Où le système 5 couleurs sort du peloton

Le principe d'un étiquetage simplifié étant posé, reste à en définir les modalités. Les solutions ne manquent pas. Différents systèmes ont été mis en place en Angleterre, au Danemark, aux Pays-Bas ou encore en Suède. Les uns ont opté pour une coche verte, d'autres pour des feux tricolores. D'autres systèmes ont été proposés dans la littérature scientifique.

Dans un rapport remis en 2014 au Ministère de la Santé, le Pr **Serge Hercberg**, président du PNNS 2011-2015, défend l'idée de recourir à une échelle à cinq couleurs (vert, jaune, orange, rose, rouge), aussi appelée système 5-C et qui repose sur le calcul d'un score de qualité nutritionnelle mis au point par la Food Standards Agency (FSA). Cet indicateur tient compte des calories, des quantités de sucres simples, d'acides gras saturés, de sodium, de fibres, de protéines et du pourcentage de fruits et légumes pour 100 g de produit, autant d'informations disponibles sur l'étiquetage nutritionnel. Il serait apposé sur la face avant de l'emballage, la plus visible quand les produits sont en rayon.

Pour déterminer la couleur attribuée à chaque produit, il faut calculer un score nutritionnel mis au point par la FSA à partir des données disponibles sur l'étiquetage obligatoire et l'interpréter au regard de seuils préalablement définis pour savoir dans quelle catégorie se range le produit. Est-on réellement en mesure de le faire ? La question a d'abord été posée à l'ANSES, qui a tenté d'y répondre dans un long avis technique publié en mars 2015. Sa réponse : oui le calcul est faisable. Il est pertinent pour la plupart des catégories d'aliments mais pour d'autres, comme les fromages, les compotes ou les boissons rafraîchissantes sans alcool, quelques adaptations sont nécessaires pour prétendre recourir à ce mode de classement. Le HCSP a lui aussi été sollicité pour y voir plus clair. Plus précisément, pour fixer les seuils permettant d'orienter la population vers des achats alimentaires plus favorables à son équilibre nutritionnel et pour évaluer la pertinence des différents scores nutritionnels utilisés dans le monde, au regard de leur faisabilité et de leur intérêt en termes de santé publique. Ses recommandations, parues en août 2015, vont dans le sens du score à cinq couleurs et insistent sur la nécessité d'élaborer le visuel avec les consommateurs, en particulier les plus éloignés de l'information et de la prévention santé. Et les

auteurs de rappeler que l'objectif principal de la mise en place d'un système d'information nutritionnelle synthétique est d'intervenir sur les déterminants de la santé et de souligner leur attachement à ne pas aggraver les inégalités sociales et territoriales.

La réplique – épisode 1

Les enseignes du commerce et de la distribution allaient-elles rester les bras croisés et attendre que d'autres acteurs fixent les règles du jeu ? C'eût été surprenant ! De fait, à peine les rapports de l'ANSES et du HCSP étaient-ils rendus publics que l'ANIA dénonçait « *un dispositif d'étiquetage nutritionnel simpliste reposant uniquement sur un code de couleurs et une approche médicalisée de l'alimentation* ». Dans la foulée, la FCD annonçait être parvenue à un consensus pour adopter son propre système d'information nutritionnelle basé sur le modèle proposé par l'un de ses membres : un visuel composé de quatre pictogrammes en forme de triangle violet, jaune, bleu et vert, complété d'une indication de fréquence de consommation (1 à 2 fois par semaine, plusieurs fois par semaine, tous les jours).

L'objectif principal de la mise en place d'un système d'information nutritionnelle synthétique est d'intervenir sur les déterminants de la santé (...) sans aggraver les inégalités sociales et territoriales.

Une proposition qui, aux yeux des sociétés savantes de santé publique et de pédiatrie, ne tient pas la route, tant sur le plan scientifique que de la santé publique. « *Il est (...) totalement impossible de fournir, pour les aliments transformés de telle ou telle marque, une précision sur sa fréquence de consommation optimale, qu'elle soit journalière ou hebdomadaire* », affirment-elles. Par ailleurs, ce système, omet d'indiquer la catégorie d'aliments dont la qualité nutritionnelle est la plus défavorable pour la santé, à la différence de l'échelle 5-C qui prévoit dans ce cas une pastille rouge. Cette information est pourtant nécessaire pour indiquer clairement qu'il est préférable, dans la même catégorie

d'aliments, de choisir celui d'une autre marque dont la composition nutritionnelle est plus satisfaisante ; ou encore choisir de manger l'aliment 'rouge' plus occasionnellement ou en plus petite quantité. Plusieurs travaux épidémiologiques et d'économie expérimentale soulignent d'ailleurs l'intérêt et l'absence de culpabilisation de la pastille rouge.

Enfin les sociétés savantes pointent le risque de défiance des consommateurs vis-à-vis de l'étiquetage si celui-ci émane de l'industrie agro-alimentaire elle-même et si son mode de calcul n'est pas totalement transparent. Alors qu'elles campent sur leur position en faveur du système 5-C, elles s'en expliquent une nouvelle fois : « *Un produit appelé de la même façon, par exemple 'Muesli croustillant au chocolat' (il en existe 35 sur le marché français) peut avoir des différences de qualité nutritionnelle aisément mises en évidence par le logo à 5 couleurs. La question n'est pas de recommander la fréquence quotidienne du muesli au chocolat ou la fréquence hebdomadaire de la pizza au fromage, mais de permettre au consommateur de voir les différences de qualité nutritionnelle d'une marque à l'autre et ainsi de lui permettre d'orienter ses choix vers des produits qui lui font plaisir mais de meilleure qualité nutritionnelle.* »

La réplique – épisode 2

Prenant actes de ces critiques, la FCD a donc revu sa copie et mis au point un nouveau visuel qui ressemble au premier, a le goût du premier mais n'est pas le premier. Celui-ci a même un nom : SENS (Système d'Étiquetage Nutritionnel Simplifié) et ne manque ni d'arguments scientifiques, ni de références internationales. « *Le 'SENS' est fondé sur le système 'SAIN, LIM' développé dès 2008 dans le cadre du groupe de travail de l'AFSSA sur les profils nutritionnels, et ayant fait l'objet de nombreuses publications scientifiques* », met en avant la Fédération. « *Le système 'SAIN, LIM' classe les aliments selon leurs défauts (score LIM) et leurs qualités nutritionnelles (score SAIN). Il a été adapté de manière à s'appuyer sur les valeurs nutritionnelles de référence européennes et est applicable partout en Europe par l'ensemble des opérateurs de manière autonome, quels que soient les produits, et cohérent avec les repères de consommation du PNNS. Ouvert à tous, l'algorithme obtenu permet de valoriser l'intérêt nutritionnel de chaque catégorie d'aliments, tout en conservant une approche transversale car*

applicable aux différentes catégories d'aliments. »

À noter que la pastille rouge, elle, n'y est toujours pas.

Bientôt la fin du bras de fer

On en est là, en plein bras de fer entre la grande distribution d'une part, les autorités de santé, la communauté scientifique et les associations de consommateurs de l'autre. Une étude de l'EREN menée sur un échantillon de 14 230 adultes participant à l'étude NutriNet-Santé et publiée l'été dernier dans la revue *Nutrients* a certes mis en évidence que le système d'information nutritionnelle 5-C est le plus efficace pour permettre aux consommateurs de reconnaître et comparer la qualité nutritionnelle des aliments y compris dans des populations dites 'à risque', telles que les sujets âgés, à bas revenus, de faible niveau d'éducation ou de faible niveau de connaissance en nutrition, telles aussi que les personnes en surpoids ou obèses. Mais c'était avant que la grande distribution ne



Photo © Fotolia

propose le SENS. À l'heure où nous bouclons cet article (le 29 février 2016), la Loi de Santé vient d'être promulguée. Elle pose le principe d'un étiquetage nutritionnel simplifié. Même en l'absence d'obligation faite aux fabricants et aux distributeurs qui pourront décider en

toute légalité de ne pas jouer le jeu, nul doute que cela constitue un grand pas vers la mise en place du dispositif. Le match n'est toutefois pas complètement terminé car c'est un décret d'application attendu en juillet qui précisera le modèle retenu par la Ministre.

Une praline pour lutter contre le cancer colorectal

Christian De Bock, d'après la Fondation contre le cancer

'Sweet reminder', c'est le nom d'une praline en forme de 'crotte' qui invite à sauver des vies. Créée par le chocolatier Laurent Gerbaud pour la Fondation contre le Cancer, son but est de rappeler tout en douceur à la personne qui la reçoit de faire le dépistage du cancer colorectal.

À l'occasion du mois de lutte contre le cancer colorectal, la Fondation contre le Cancer a déployé toute son énergie à mieux faire connaître ce cancer, qui est l'un des plus fréquents et des plus meurtriers en Belgique. En 2013, il a fait près de 3.000 victimes, soit presque 10 décès par jour. C'est plus que le nombre de tués sur les routes. Malheureusement, ce cancer est encore tabou, car il touche à l'intime, à nos intestins, et suscite encore trop souvent de la honte chez ses victimes.

Un test de dépistage gratuit et efficace

Pourtant, il existe un test de dépistage gratuit, sans douleur et qui se fait à la maison. Ce test recherche du sang non visible à l'œil

nu dans les selles. En cas de résultat positif, une colonoscopie doit être réalisée afin de déterminer d'où provient le saignement. Cet examen peut permettre de découvrir des lésions précancéreuses qui pourront alors être ôtées directement, afin d'éviter qu'elles n'évoluent en cancer. Il permet également de dépister des lésions cancéreuses à un stade précoce, ce qui augmente fortement les chances de guérison. Depuis 2009, la Fédération Wallonie-Bruxelles a lancé un programme de dépistage systématique. Les personnes âgées de 50 à 74 ans sont invitées par courrier à se rendre chez leur médecin généraliste pour obtenir le kit de dépistage. Ce test doit être réalisé tous les deux ans. Depuis le début, le taux de participation à ce programme est très faible: à peine 7,5 %

de la population invitée y participe en Wallonie et à Bruxelles. Pour celles et ceux ayant déjà participé au programme, l'envoi d'un nouveau test de dépistage directement au domicile de la personne deux ans après un test précédent négatif a été généralisé en mars 2015. Cette procédure garantit une plus grande fidélisation au programme et un plus grand respect de la périodicité entre deux dépistages. Et c'est bien utile: en Flandre, le programme a commencé fin 2013 après plusieurs années de projets pilotes qui ont permis d'affiner la stratégie de recrutement¹. Le médecin n'intervient pas au stade de l'invitation. Les patients ayant entre 56 et 74 ans reçoivent le test directement par la poste, à effectuer chez eux. En 2014, le taux de participation était de 50,3 %!

1. Voir notre article 'Dépistage du cancer colorectal: la voie flamande', Education Santé n° 270, septembre 2011, <http://educationsante.be/article/depistage-du-cancer-colorectal-la-voie-flamande/>

Test immunologique

Depuis janvier dernier, un nouveau test de dépistage est désormais disponible. Il s'agit du test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT), le même que celui utilisé en Flandre depuis le début du programme organisé.

C'est une évolution importante, car ce test est beaucoup plus simple à réaliser que le précédent. Auparavant, le test utilisé était l'Hemoccult® qui requérait le prélèvement de trois selles successives, ce qui pouvait rebuter certaines personnes. Désormais, un seul prélèvement suffit.

De plus, le test est plus fiable et plus performant. Les lésions sont détectées à un stade plus précoce et le test permet de détecter deux fois plus de cancers et trois fois plus d'adénomes (lésions précancéreuses).

2. Ceci n'est pas un poisson d'avril! L'excellent chocolatier Laurent Gerbaud (ses œufs de Pâques sont à tomber) n'est jamais le dernier pour combiner bonne action et sens de l'humour. Il nous a confié avoir produit 5.000 pralines pour cette action.

Le cancer colorectal en chiffres

Le cancer colorectal représente 13% de tous les cancers en Belgique. Avec près de 9.000 nouveaux cas par an (8.670 nouveaux cas recensés en 2013), le cancer colorectal est le 3^e cancer le plus fréquent chez les hommes et le 2^e chez les femmes. Ce cancer est associé à une mortalité élevée

car il est souvent diagnostiqué à un stade très avancé. En 2013, il a causé la mort de près de 3.000 personnes. C'est le 2^e cancer le plus tueur chez les hommes, derrière le cancer du poumon et le 3^e cancer le plus tueur chez les femmes, derrière le cancer du sein et le cancer du poumon.

Offrir une praline pour un rappel tout en douceur

Composée d'un chocolat noir 70 % de cacao fourré à la ganache aux prunes, la praline 'Sweet Reminder' est donc aussi délicieuse qu'utile². Toute personne peut l'offrir à un proche de plus de 50 ans. La praline est accompagnée d'un

dépliant explicatif pour lui rappeler de faire ce test qui peut potentiellement lui sauver la vie.

Pour commander une praline en ligne :

www.cancer.be/sweetreminder

La boutique du chocolatier Laurent Gerbaud est située rue Ravenstein, 2D à 1000 Bruxelles, en face de Bozar.

Lettre d'un bénévole énervé

Alain Colman

J'ai lu l'article 'Volontariat et emploi : frontières incertaines'¹ paru dans le numéro de décembre dernier d'Éducation Santé avec un intérêt particulier, vu que je suis un de ces bénévoles qu'il évoque (je préfère le terme de bénévole à celui de volontaire, même si le premier traîne quelques relents caritatifs, parce que le second relève un peu trop de l'euphémisme).

Pour que l'on me situe, disons que, préretraité forcé, j'anime des ateliers créatifs dans une maison de quartier, des tables de conversation en français dans une organisation d'éducation populaire et que de temps en temps, on me demande ou je propose un texte comme celui-ci. L'article cité plus haut m'a poussé à mettre en forme des réflexions que je trimbale depuis un moment.

D'abord, il faut peut-être rappeler que le « duo terrible » salarié/bénévole est ancien : la question était présente lorsque j'ai commencé à travailler dans les années 1970. Nombre d'associations étaient/ont nées et se sont développées au départ d'initiatives où le bénévolat jouait un

grand rôle, voire le rôle premier. Et par la suite, cela n'allait pas toujours sans tensions entre salariés et bénévoles.

Lorsque ces associations se sont, assez récemment, regroupées en 'secteurs' (voir, pour Bruxelles, le décret de la COCOF sur l'ambulatorio santé-social), elles s'étaient largement professionnalisées et le bénévolat y avait pris beaucoup moins de place. Même si cela n'était et n'est toujours pas vrai pour d'autres secteurs, il peut paraître surprenant que la question fasse un *come-back*.

Concurrence

En quoi cette question est-elle neuve aujourd'hui ? Il y a bien sûr le risque voire la réalité d'une concurrence entre bénévoles et salariés pour des raisons économiques : c'était l'objet de l'article.

Mais ce point de vue institutionnel devrait être élargi : quid de ces raisons économiques ? L'affirmation d'une rare platitude que l'on entend

au jour le jour depuis quelques années – « *Il n'y a plus d'argent, faut faire avec ce qu'on n'a pas* » – ne tient pas trois secondes : on a trouvé en un tournemain des milliards pour « sauver les banques », sans leur imposer de contrepartie pour les empêcher de poursuivre leur gabegie ruineuse (ruineuse, mais pas pour tout le monde). Il est trop facile aussi de dire que « *c'est la faute à la crise* » : ce refrain qu'on nous serine depuis des décennies n'est que le camouflage d'un choix politique que l'on pourrait résumer comme suit : mort au supposé État Providence, vive l'État social actif ! Ça vous semble simpliste ? Regardez ces deux termes avec attention, vous verrez ce qu'ils cachent de tordu.

Professionalisation

Autre aspect de la question : la professionnalisation du bénévolat. Certes, il ne suffit plus d'être de bonne volonté, et tant mieux : on sait ce que les bonnes intentions avancées peuvent cacher d'arrivisme,

1. 'Volontariat et emploi : frontières incertaines', C. De Bock, Éducation Santé n°317, décembre 2015, <http://educationsante.be/article/volontariat-et-emploi-frontieres-incertaines/>

d'autopromotion, d'appétit de pouvoir sur les autres. Mais, de plus en plus, des savoirs et des savoir-faire spécifiques sont recherchés (comptabilité, droit, expérience dans tel domaine professionnel...), un CV est demandé, une formation ad hoc est proposée voire exigée. Cette exigence se justifie parfois – je pense par exemple aux services de permanence téléphonique genre SOS... (remplissez les pointillés) – mais le recours au bénévolat est-il alors un vrai choix ou un pis-aller en raison du manque de moyens ?

Il est assez clair pour moi que les pouvoirs publics, au prétexte de la prétendument inévitable 'austérité' – le mot s'est imposé dès les années 80, hein, ce n'est pas nouveau – se désengagent (ou ne se sont jamais engagés que du bout des lèvres et du budget) de missions sociales pourtant fondamentales et s'en déchargent sur les épaules de l'associatif.

Exemple vécu

J'exagère, je pinaille, je suis un exalté, un agitateur ?... Allez, un exemple vécu. Dans mes recherches de travail bénévole, je suis tombé sur une offre d'enseignement du français langue étrangère. Le ton de l'annonce était sympa. Je prends rendez-vous. C'est une maison d'habitation chichement aménagée en locaux de bureaux, de réunions, etc. Si je fais abstraction des écrans d'ordinateurs et des imprimantes, je crois me retrouver trente-cinq ans en arrière, et ça ne me remplit pas vraiment de nostalgie. La coordinatrice intérimaire a reçu mon CV et m'explique le boulot : par semaine (hors congés scolaires), trois matinées d'enseignement, plus la préparation des cours, plus une sortie accompagnée de temps en temps, plus la concertation avec l'animatrice de l'atelier du vendredi, le tout assorti d'une formation sur le tas (observation du cours donné par l'autre prof

et, bien sûr, la possibilité – l'absolue nécessité, à mes yeux – de suivre des formations auprès de Lire & Écrire.

Je résume : « *C'est un gros mi-temps, quoi.* » Réponse : « *Oui... Mais vous pourrez sûrement négocier un défraiement.* »

Moralité : des associations sous-financées sont contraintes de recruter des chômeurs ou retraités bénévoles, sous-formés voire pas formés du tout, pour travailler avec les étrangers pauvres auxquels le bon peuple et maints élus reprochent de ne pas s'intégrer. Salarier ? Bénévolat ? On n'est pas principalement face à une question déontologique ou morale. On est face à une question politique qui se pose non seulement à l'associatif mais à nous tous, citoyens (pas juste électeurs), et à ceux qui sont censés exercer le pouvoir en notre nom.

STRATÉGIES

L'exposé des motifs du décret bruxellois francophone relatif à la promotion de la santé

Cécile Jodogne, Ministre de la Fonction publique et de la Santé (Cocof)

Cadre de référence de la promotion de la santé

Rappel historique

Confrontés aux désastres provoqués par la deuxième guerre mondiale, les Nations Unies ont organisé en 1946 la première conférence internationale de santé, préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une définition positive de la santé est adoptée par les participants qui par ailleurs insistent sur le droit universel à la santé. En septembre 1978, à l'occasion de la Conférence internationale des soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma Ata, l'OMS a réaffirmé le droit à la santé pour tous en précisant que l'accession à un bon niveau de santé ne peut se faire qu'en disposant, au préalable, de nourriture en quantité (et en qualité), en bénéficiant d'une éducation de base, d'un logement décent, de revenus minimum, d'un statut social, de sécurité et de paix.



Photo © Fotolia

La **déclaration d'Alma Ata** précise, en outre, que : « *... Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins*

de santé qui lui sont destinés... ».

En 1986, l'OMS, au cours de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé qui se déroule à Ottawa, définit la promotion de la santé comme la maîtrise de la santé par les individus et la mise à leur disposition de moyens pour l'améliorer.

La **Charte d'Ottawa** est le texte fondateur de la promotion de la santé. Elle décrit cinq stratégies clés d'intervention de la promotion de la santé :

- 1) élaborer des politiques favorisant la santé,
- 2) créer des environnements favorables,
- 3) renforcer l'action communautaire,
- 4) acquérir des aptitudes individuelles et
- 5) réorienter les services de santé.

En 1988, à l'occasion de la deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé qui se réunit à Adélaïde, la santé est vue comme étant à la fois un droit fondamental et un excellent investissement social. Les gouvernements sont appelés à promouvoir la santé en liant entre elles

les politiques économiques, sociales et sanitaires. Les recommandations formulées à Adélaïde sont :

- 1) améliorer la santé des femmes – qui sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde,
- 2) permettre à tous l'accès à des quantités suffisantes d'aliments sains,
- 3) mener des actions concernant la consommation de tabac et d'alcool,
- 4) mettre en place des environnements favorables afin de faire de la santé un centre d'intérêt.

La **déclaration de Sundsvall** (troisième conférence internationale sur la promotion de la santé) de 1991 met en lumière le lien essentiel entre la santé et l'environnement et souligne l'importance de créer des environnements – physiques, sociaux, économiques et politiques – favorables à la santé en misant sur l'action sociale. En 1997, la **conférence de Jakarta** (quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé) est l'occasion de réexaminer les déterminants de la santé dans un nouveau contexte de mondialisation, de réfléchir sur l'efficacité de la promotion de la santé et de définir les orientations et stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au 21^e siècle. La cinquième conférence internationale sur la promotion de la santé se tient à Mexico en 2000. La **déclaration de Mexico** reconnaît que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie et est nécessaire pour le développement économique et social et l'équité. Elle souligne l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux.

À l'occasion de la sixième conférence internationale sur la promotion de la santé la **Charte de Bangkok** de 2005, confirme l'importance de la Charte d'Ottawa et élargit ses cinq domaines d'action. Elle implique l'ensemble des décideurs à un niveau international afin que la promotion de la santé soit reconnue comme approche incontournable pour faire face aux défis du 21^e siècle.

Ensuite, l'**Appel à l'action de Nairobi** lors de la septième conférence internationale sur la promotion de la santé en 2009, devant les défis mondiaux de santé (émergence de nouvelles pathologies, changements climatiques et crise financière internationale) réaffirme que la promotion de la santé doit jouer un rôle prioritaire dans la mise en œuvre des soins de santé

primaires et en réponse aux besoins sanitaires des populations.

Cette conférence insiste à nouveau sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, à travers des partenariats et des collaborations intersectoriels.

D'autres réflexions sont encore à l'origine de recommandations ou d'engagements, tels le rapport de 2009 de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, la déclaration de Rio de 2011, etc.

L'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé (1986) marque un tournant majeur dans la façon de concevoir la santé. Cette Charte pose les 'conditions préalables' ainsi qu'un ensemble de 'perspectives favorables à la santé'. Son contenu a indéniablement contribué à considérer les déterminants sociaux de la santé comme faisant partie intégrante des préoccupations de santé. Bien que la Charte d'Ottawa constitue le texte fondateur de la promotion de la santé, son contenu et son application ont fait l'objet de nombreux débats. L'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005 a mis en évidence les limites de son contenu par rapport à la situation mondiale et à la réalité, vingt ans après Ottawa. Plus particulièrement, les 'conditions préalables à la santé' relèvent de l'utopie pour de nombreux pays. Il n'en demeure pas moins que les stratégies fondamentales de promotion de la santé, définies dans la Charte d'Ottawa, sont plus que jamais d'actualité.

Définitions

Qu'entend-on par 'promotion de la santé' ?

La Charte d'Ottawa propose la définition suivante : « *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et*

non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »

De nombreuses autres définitions existent (voir notamment : O'Neill et Cardinal, 1994 ; Décret de la Communauté française, 1997 ; Green et Kreuter, 1999 ; Département de santé publique - Université Paris VII, 2003 ; Charte de Bangkok - OMS, 2005 ; Agence de la santé publique du Canada, 2007). Ces différentes définitions apportent chacune certaines nuances et ont une visée tantôt conceptuelle, tantôt opérationnelle. La plupart d'entre elles ont cependant de nombreux traits communs, notamment :

- la vision globale et positive de la santé envisagée comme une ressource de la vie quotidienne, proche des notions de qualité de vie et de bien-être, incluant les dimensions physique, mentale, sociale et spirituelle ;
- l'attention accordée au renforcement du contrôle des individus et de la population sur la santé ;
- la mise en évidence des déterminants de la santé en dehors du champ strictement sanitaire (environnement physique et social, conditions socio-économiques, etc.) ;
- le caractère incontournable des stratégies de plaidoyer afin d'inscrire la santé dans les différentes compétences politiques.

Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* »¹.

Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

On distingue classiquement trois types d'inégalités en santé, qui peuvent être en partie liées :

1. les inégalités entre hommes et femmes,
2. celles entre catégories socioprofessionnelles,
3. celles entre territoires.

Selon la commission des déterminants sociaux de l'OMS, les inégalités sociales de santé ne peuvent être résolues par la seule lutte contre la pauvreté ou par la mobilisation du système de soins.

1. A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in L. Potvin et coll., La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

Que sont dès lors les déterminants de la santé ?

L'Agence de la santé publique du Canada (2007) propose la définition suivante :

« Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé ».

En 2007, certains organismes (dont l'Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007) ont proposé une liste de 12 déterminants de la santé :

1. Le niveau de revenu et le statut social
2. Les réseaux de soutien social
3. L'éducation et l'alphabétisme
4. L'emploi et les conditions de travail
5. Les environnements sociaux
6. Les environnements physiques
7. Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle
8. Le développement de la petite enfance
9. Le patrimoine biologique et génétique
10. Les services de santé
11. Le sexe
12. La culture

En théorie plus une personne possède de déterminants positifs, meilleures sont ses chances d'être en santé. Les inégalités relatives à la distribution de ces déterminants entre personnes et entre groupes sociaux expliquent en grande partie les inégalités en matière de santé. La promotion de la santé vise à réduire ces inégalités.

Qu'entend-on par prévention ?

La prévention recouvre différents processus :

- La prévention primaire désigne des actions menées pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (par exemple la vaccination) ;
- La prévention secondaire concerne les actions menées pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé



Photo © Fotolia

d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (par exemple le dépistage du cancer) ;

- La prévention tertiaire se rapporte aux actions menées pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (par exemple la prévention des complications du diabète) ;
- Enfin, la prévention quaternaire consiste à identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (par exemple les soins palliatifs).

La promotion de la santé et la prévention renvoient à une vision positive et globale de la santé, ce qui implique d'agir sur les divers déterminants de celle-ci pour l'améliorer et réduire les inégalités sociales de santé.

Une action transversale, intersectorielle, associant les différentes politiques ayant un lien avec ces déterminants, est donc un enjeu majeur de la promotion de la santé.

Évolution de la compétence promotion de la santé

À l'origine, les compétences santé dévolues aux Communautés par la loi spéciale du 8 août 1980 concernent la politique de dispensation des soins de santé, dans et hors des institutions de soins, l'éducation à la santé et la médecine préventive. En 1993, la Communauté française a délégué l'exercice de certaines de ces compétences à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de

Bruxelles-Capitale (Cocof). Il s'agit principalement de la médecine curative comprenant, entre autres, l'agrément et l'octroi de subventions à des services tels que les maisons de repos et de soins, les services de santé mentale, les services intégrés de soins à domicile etc.

En 2009, le décret 'ambulatoire' définit le 'soin' dans sa vision la plus large : « *Le soin : action au bénéfice d'une personne, d'un groupe de personnes ou de la population dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé* ».

En 2014, la 6^e réforme de l'État modifie la loi spéciale du 8 août 1980 des réformes institutionnelles, afin d'attribuer aux Communautés de nouvelles compétences dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes.

En avril 2014, un nouveau décret est adopté par lequel la Communauté française, dans un souci de cohérence, délègue de nouveau l'exercice de certaines compétences en matière de santé à la Région wallonne et à la Cocof. C'est le cas de la promotion de la santé, qui comporte des programmes d'action et de recherche thématiques (assuétudes, VIH/sida et Evras, santé cardiovasculaire, prévention des traumatismes, santé communautaire) et des programmes de médecine préventive. Est visé ici le décret du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

Avant la sixième réforme de l'État : le décret de la Communauté française de 1997

La Communauté française s'est approprié les concepts novateurs de la Charte d'Ottawa au

travers du décret du 14 juillet 1997, modifié le 17 juillet 2003, portant organisation de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi qu'au travers du Programme quinquennal de promotion de la santé.

En application de ce décret, la promotion de la santé suppose une approche multifactorielle et donc transversale des questions de santé en tenant compte des aspects biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, politiques, environnementaux, économiques et éthiques. Elle prend en compte cette complexité dans l'analyse des problématiques et dans le choix des stratégies d'action.

La promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles est « *un processus qui privilégie l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques* ».

La Communauté française s'est appuyée sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), des centres locaux de promotion de la santé (CLPS), des services communautaires de promotion de la santé (SCPS), sur des programmes d'action et de recherche et des programmes de médecine préventive, en favorisant une large concertation entre ces acteurs.

En pratique, la Communauté française a soutenu un ensemble d'actions mises en place par les acteurs de terrain dans un souci de cohérence du secteur de la promotion de la santé, en ce compris les programmes de médecine préventive (dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, dépistage de la tuberculose et dépistage néonatal des maladies congénitales et de la surdité) ainsi que la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion, Moniteur belge du 19 avril 1995).

L'administration de la Communauté française a veillé au respect de la législation et aux priorités politiques inscrites dans le Programme quinquennal et le Plan communautaire opérationnel (PCO). Dans le cadre de ce suivi, la Direction de la promotion de la santé a formulé un avis relatif aux demandes de subvention pour des programmes

d'action ou de recherche en promotion de la santé et aux demandes d'agrément de services. Notons à ce propos que ces demandes de subvention ont également été examinées par une Commission d'avis, issue soit du Conseil supérieur de promotion de la santé, soit des CLPS (commission d'avis des projets locaux). La Direction de la promotion de la santé a également été chargée de la gestion administrative et financière des subventions et des agréments, ainsi que du suivi des programmes et services, via notamment des comités d'accompagnement.

Quel impact a eu la Charte d'Ottawa sur la santé publique ?

Des experts en promotion de la santé se sont exprimés sur la portée de la Charte d'Ottawa, en tant que texte fondateur de la promotion de la santé, sur la pratique de santé publique, de son adoption en 1986 à aujourd'hui.

En Belgique, la Charte d'Ottawa a eu un grand impact sur le plan législatif et sur les pratiques locales.

La Charte d'Ottawa a servi de cadre de référence pour structurer les interventions en promotion de la santé et marque un tournant majeur dans la façon de concevoir les questions de santé.

Le décret de 1997 a eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs locaux. Il reste toutefois des défis à relever, en termes d'approche participative, d'intersectorialité, d'évaluation des programmes et des actions ainsi que de disponibilité des ressources pour réduire les inégalités sociales de santé.

Depuis la sixième réforme de l'État – économie générale du projet de décret de la Commission communautaire française – 2016

La mise en œuvre de la sixième réforme de l'État et la nécessité d'inscrire la promotion de la santé dans l'arsenal législatif de la Commission communautaire française constituent une opportunité de revisiter le décret de 1997. La volonté que la promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa continue de se positionner comme une approche incontournable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé est plus que jamais affirmée, tout en veillant à intégrer les nouveaux défis à relever par la société actuelle, tels que ceux soulevés par les évolutions démographiques, la mondialisation, les changements climatiques, etc.

Une partie des compétences en matière de promotion de la santé est cependant restée dans le giron de la Communauté française. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) l'organisme de référence de la Communauté française pour toutes les questions relatives à l'enfance, est désormais compétent pour les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE), la prévention dans les écoles y compris l'hygiène dentaire, la vaccination, le dépistage des anomalies métaboliques et le dépistage de la surdité.

L'objectif principal du nouveau décret de la Commission communautaire française est de se doter d'un nouveau cadre légal et de se donner les moyens d'une politique de promotion de la santé. Cette politique se veut évolutive en fonction des priorités définies par le Collège sur la base des besoins de la population bruxelloise. L'élaboration du décret s'est basée sur l'existant, en veillant à conserver l'expertise des acteurs et la qualité du travail réalisé depuis 1997 (voir plus loin l'explication relative au passage du dispositif de la Communauté française à celui de la Cocof). Une attention particulière a été accordée aux liens entre le Décret de promotion de la santé et le Décret dit 'ambulatoire' (Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé), notamment à travers la collaboration entre les réseaux émanant des deux dispositifs et la précision apportée à l'article 2, 10° quant à l'expertise des acteurs.

Finalité, lignes de force et opérationnalisation du dispositif

La finalité du projet de décret est de se doter d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population et de réduction des inégalités sociales de santé, dans les limites des compétences de la Commission communautaire française. Cette finalité implique, selon les principes de promotion de la santé rappelés ci-dessus (Cadre de référence de la promotion de la santé), de soutenir la mise en œuvre de multiples stratégies : travail de proximité dans le milieu de vie, formation et accompagnement de relais, travail en intersectorialité et en réseau, etc. Elle implique également une coordination interministérielle particulièrement efficace afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Une attention particulière doit aussi être accordée à la qualité de la politique menée (pilotage) et des actions mises en œuvre (support et accompagnement).

Pilotage

À la suite de l'évaluation du dispositif de promotion de la santé de la Communauté française menée à l'initiative de la Ministre de la santé, le Conseil supérieur de promotion de la santé, dans un avis du 17 février 2012, a rappelé « la nécessité d'un système de pilotage de la politique de promotion de la santé afin de mesurer l'impact notamment en termes de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès universel aux offres et services de santé et de promotion de la santé ».

Le nouveau décret de la Commission communautaire française crée le système de pilotage nécessaire par la création d'une instance de pilotage dont l'administration assure le secrétariat et la coordination.

Une cellule de promotion de la santé est créée à l'administration au sein du Département des affaires sociales, de la santé, de la cohésion sociale et de la petite enfance. Cette cellule doit réunir des compétences administratives et scientifiques afin de fournir l'appui adéquat et complet à l'instance de pilotage. À cet effet et dès 2016, un coordinateur chercheur sera engagé pour le volet scientifique de la promotion de la santé et affecté au service de la

santé aux côtés des agents administratifs affectés à la promotion de la santé (agents transférés de la Fédération Wallonie-Bruxelles). Il sera chargé du secrétariat de l'instance de pilotage et de la coordination du plan de promotion de la santé. Il collaborera étroitement avec l'Observatoire de la santé et du social (Cocom).

L'instance de pilotage est chargée notamment de proposer des orientations au Collège et de suivre la mise en œuvre du plan de promotion de la santé, en bénéficiant de l'appui de l'Administration (voir ci-dessus).

L'instance de pilotage permet aussi de favoriser les transversalités associatives et institutionnelles et la concertation interministérielle. À ce titre, elle peut également inviter des experts du dispositif et hors du dispositif de la promotion de la santé, tel que l'Observatoire de la santé et du social.

Support et accompagnement

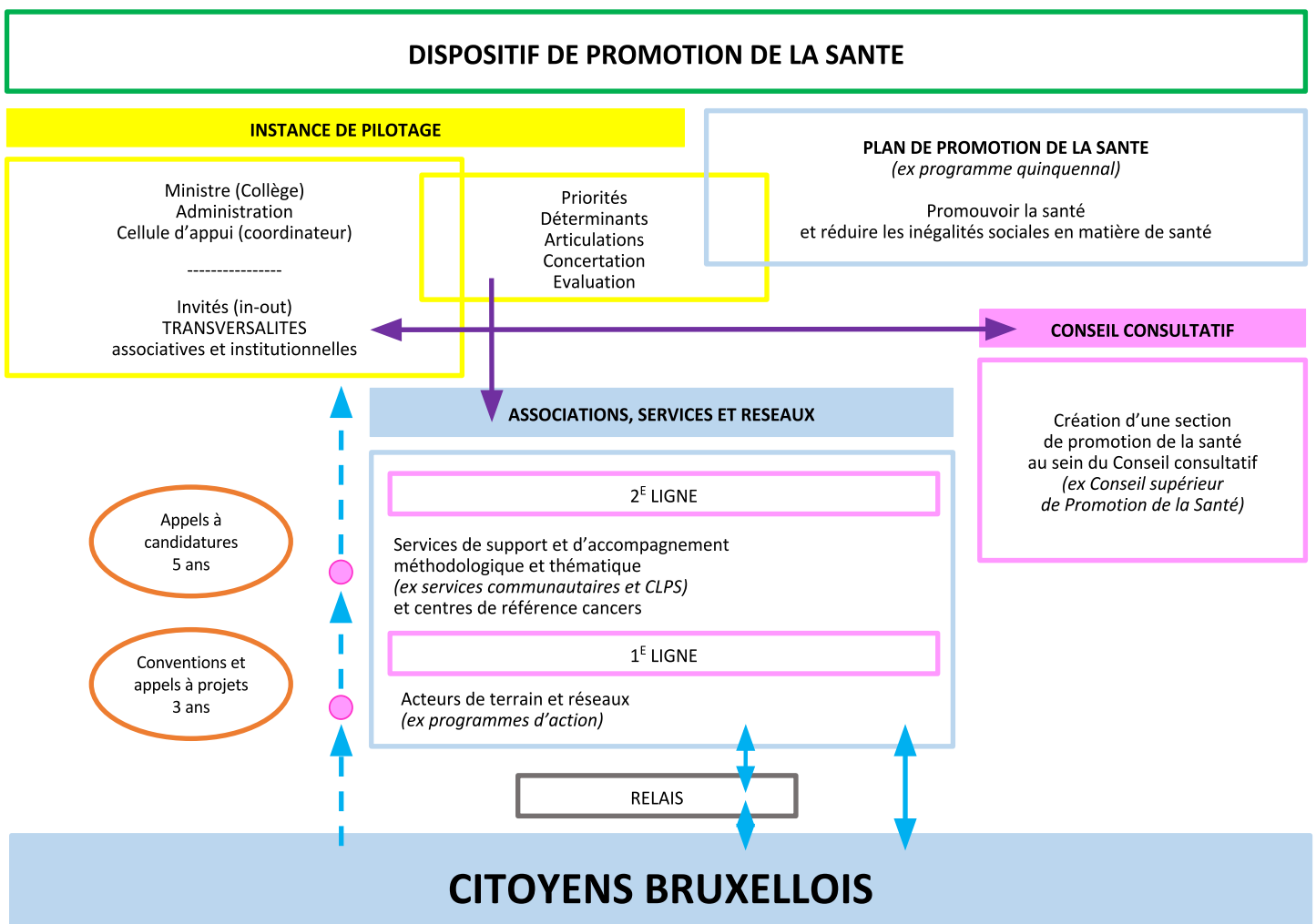
Pour garantir la qualité des interventions, le dispositif prévoit de confier à des organismes piliers des missions d'accompagnement et de support à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé.

Explication du dispositif

Le dispositif s'organise afin de promouvoir la santé de la population bruxelloise et de réduire les inégalités sociales de santé. Ces finalités sont déclinées et précisées dans le plan de promotion de la santé, document de référence pour l'ensemble des acteurs du dispositif et établi en concertation avec ces acteurs.

Le dispositif comporte :

- en première ligne, des acteurs et des réseaux de promotion de la santé qui mettent en œuvre les programmes, projets et activités de promotion de la santé, conformément à ce qui est défini dans le plan de promotion de la santé ;
- en deuxième ligne, des services d'accompagnement et de support ainsi que des centres de référence. L'accompagnement généraliste a pour objectif de garantir la qualité des projets et des activités menés par les acteurs de terrain et les relais, en apportant à ceux-ci des ressources diverses. Les supports contribuent également à garantir la qualité des projets et activités. Ils développent une expertise méthodologique et/ou thématique utile à la promotion de la santé et ils font bénéficier de

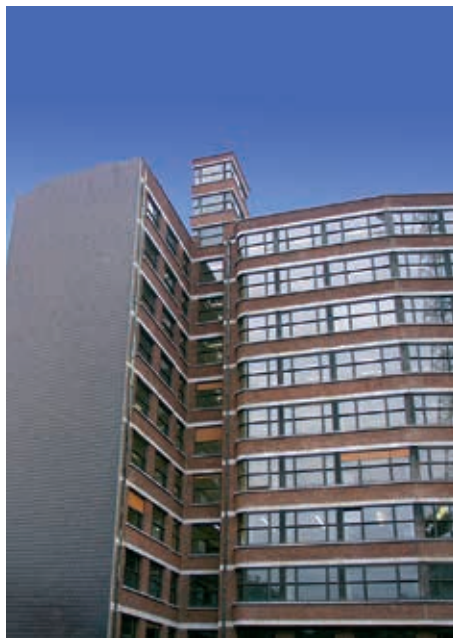


cette expertise l'instance de pilotage, les acteurs et les relais. Les centres de référence organisent quant à eux la coordination des programmes de médecine préventive selon différentes stratégies ;

- l'Administration apporte un appui au pilotage assuré par l'instance de pilotage (aide à la décision), y compris en ce qui concerne l'élaboration du plan de promotion de la santé et son évaluation. Il sera créé au sein même de l'Administration une cellule de promotion de la santé qui réunit des compétences administratives et scientifiques afin de mettre en œuvre le plan de promotion de la santé ;
- une instance de pilotage qui réunit au minimum un représentant du Collège et deux représentants de l'Administration, et qui a pour rôle d'élaborer des propositions de décision de manière collective à soumettre au Collège et de suivre la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé. Cette instance peut inviter des représentants d'autres politiques et d'autres niveaux de pouvoir afin de prendre en compte les déterminants de la santé en favorisant la transversalité de la promotion de la santé dans les différentes politiques. Elle s'adjoindra également des experts, notamment l'Observatoire de la santé et du social (Cocom). Une réflexion sera menée avec les entités concernées pour définir des modalités de collaboration indispensables à l'atteinte des objectifs (accords de coopération, protocoles d'accord, etc.).

Passage du dispositif de la Communauté française à celui de la Cocof

L'élaboration du nouveau dispositif de promotion de la santé de la Cocof a pris pour point de départ les différentes missions et fonctions déjà existantes au sein de la Communauté française



en les adaptant, notamment en créant une instance chargée du pilotage et en précisant les articulations entre les différentes composantes. Ainsi, les acteurs de terrain subventionnés par la Cocof correspondent aux programmes d'action et de recherche précédemment subventionnés par la Communauté française. Les réseaux de promotion de la santé, soumis aux mêmes procédures que les acteurs de terrain, constituent quant à eux une nouveauté et permettent de contribuer au plan de promotion de la santé selon des approches intersectorielles et multidisciplinaires. Les services de support et d'accompagnement (Cocof) remplissent des missions similaires à celles, respectivement, des services communautaires de promotion de la santé et du Centre local de promotion de la santé. Les Centres de référence pour les dépistages des cancers voient quant à eux leurs missions inchangées. Le plan de promotion de la santé de la Cocof, en tant que cadre de référence pour la politique

de promotion de la santé, correspond au Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française. L'instance de pilotage et l'appui de l'administration à cette instance en tant qu'outil d'aide à la décision constituent une nouveauté du dispositif pour organiser un système de pilotage efficace de la politique.

Cela répond à une recommandation suite à différentes évaluations du décret de 1997. La section promotion de la santé, créée au sein du Conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé de la Cocof, assure les missions d'avis précédemment dévolues au Conseil supérieur de promotion de la santé.

Les lignes de force du nouveau décret peuvent être résumées comme suit :

- il se base sur un dispositif évolutif comprenant les grandes étapes de la gestion de cycle de projet (cycle de Blum) : analyse de situation, planification, mise en œuvre et évaluation ;
- il prévoit des mécanismes de concertation tant internes qu'externes ;
- il crée une instance de pilotage ;
- il se décline en un plan de promotion de la santé qui constitue le cadre de référence pour l'ensemble des acteurs du dispositif ;
- il garantit les approches collectives ;
- il est structuré selon trois niveaux : des acteurs de terrain et réseaux (1^{re} ligne), des services dédiés à l'accompagnement et au support méthodologique et thématique (2^e ligne), un appui au pilotage de la politique de promotion de la santé par l'Administration.

Vous trouverez le texte du décret via le sommaire du n° 321 sur notre site. Nous pouvons aussi vous le fournir sous la forme d'un PDF de 4 pages sur simple demande à education.sante@mc.be

OUTILS iRespect

Description

Matériel

Guide pédagogique téléchargeable (PDF).
Vidéos disponibles en ligne sur *YouTube* (ou DVD envoyé aux écoles belges).

Concept

Kit pédagogique composé de vidéos situationnelles et d'un manuel permettant aux enseignants d'organiser des ateliers interactifs et créatifs sur la sécurité en ligne et particulièrement sur la notion de vie privée.

iRespect propose dix leçons, chacune basée sur une capsule vidéo présentant une situation concrète de la vie quotidienne des jeunes et trois (ou quatre) déroulements possibles. Les élèves sont invités à faire des choix. Une fiche pédagogique par vidéo vient illustrer et

expliquer une méthodologie d'animation. Sujets abordés (liens vers les vidéos) :

1. Mon secret...en ligne ou hors ligne ? - Secret et intimité
(Vie privée / intimité - Mon secret... sur internet ou pas ?)
2. Choisir un bon mot de passe - Protéger ton compte
(Sécuriser des comptes et des profils - Un bon mot de passe)
3. Réfléchis avant de cliquer ! - Alert sur le net
(Futé sur internet - Réfléchis avant de cliquer)
4. Net sur le net - Internet et respect
(Respect de soi et des autres - Net sur le net)
5. Montre tes talents mais pas n'importe comment - Internet et créativité
(Montrer ses talents et soigner son image en ligne - Sois créatif avec style !)
6. Cap ou pas cap ? - Internet et les défis
(Expérimenter et mettre au défi en ligne - Cap ou pas cap ?)
7. Prends soin de ton e-réputation - e-réputation
(e-réputation - Soigne ton e-réputation)
8. Comment gérer mes données personnelles sur internet ? - Informations personnelles
(Informations personnelles - Comment gérer ses infos perso)
9. Ne restez pas seuls, il y a de l'aide ! - Cyber-harcèlement
(Cyber-harcèlement - On me harcèle sur internet)
10. Faire mes devoirs ? Je trouve tout sur internet
- Information en ligne
(Recherche d'infos sur internet - Internet = une mine d'or pour les devoirs !)

Objectifs

- Lancer le débat à l'école sur la protection de la vie privée en ligne avec des élèves âgés de 10 à 14 ans ;
- Apprendre aux élèves à aborder internet de manière sûre et constructive, permettre aux jeunes de visualiser très concrètement les conséquences des choix qu'ils posent en ligne ;
- Renforcer les compétences sociales chez l'élève de manière créative.

Bon à savoir

Cet outil a été réalisé grâce aux subsides de la Commission européenne, l'IWT (agence flamande pour l'innovation par la science et la technologie) via le projet EMSOC, B-CCENTRE et 'Digital Champion' Saskia Van Uffelen. Grâce à son approche inclusive et aux études



préalables qui ont été effectuées pour le mettre au point, cet outil convient également aux écoles spécialisées de type 1 et 8.

Pour trouver l'outil sur le site de Child Focus, aller à 'Mediacenter', public cible 'Professionnels'.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Child Focus,
Avenue Houba de Strooper 292, 1020 Bruxelles
+32 (0)2 475 44 11.
Internet : <http://www.childfocus.be/fr> -
<https://www.facebook.com/ChildFocusBelgium>

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

Appréciation globale

IRespect (à prononcer à l'anglaise et pas à la française !) propose 10 séquences pédagogiques modulables à partir de courtes séquences vidéos (sur *YouTube* ou sur DVD), mettant en scène des enfants et des jeunes dans leur utilisation d'internet.

Les situations, proches du vécu des enfants, facilitent l'implication du public, malgré des voix *off* un peu discordantes. Le choix multiple proposé à l'issue de chaque situation permet d'initier le débat sur les conséquences de certaines pratiques mais aussi sur des grands thèmes tels que l'amitié, l'intimité, la popularité, les secrets, l'amour...

La démarche créative à l'issue de chaque séquence pédagogique permet d'intégrer, sur un autre mode, ce qui a été appris et compris. La séquence 'faire ses devoirs' peut être utilisée avant 10 ans et pourrait aussi être diffusée auprès des parents.

Des conseils clairs et nuancés fournissent une sorte de 'charte du bon usage' qu'on aurait aimé trouver sur une fiche de synthèse à destination des parents, d'autant plus que, dans les

séquences vidéo, ceux-ci sont positionnés dans un rôle éducatif et de soutien et non de contrôle. Ainsi, les capsules pourraient aussi être utilisées de manière autonome, en famille, pour favoriser le dialogue sur les pratiques des enfants et des jeunes sur internet.

Les fiches pédagogiques claires, bien structurées, directement utilisables, permettent d'entrer très facilement dans la démarche proposée, elles sont une aide précieuse pour l'enseignant. La ressource reste difficile à trouver sur le site de l'éditeur, utiliser le lien direct !

Objectifs

- Faciliter le bon usage de l'outil internet
- Développer l'esprit critique et les réflexes de prudence
- Développer les compétences psychosociales (estime de soi, image de soi)

Public cible

Jeunes utilisateurs d'Internet, certaines capsules pour futurs utilisateurs. Utilisation possible dans l'enseignement spécialisé.

Utilisation conseillée

Dans un projet d'école sur le respect par exemple, ou sur les nouvelles technologies et les médias. Les vidéos peuvent soutenir aussi une formation d'équipe de profs. À recommander aux parents aussi pour qu'ils entament le débat avec leurs enfants. À lire aussi : 'Internet, mes parents, mes profs et moi', par Christophe Butsraen, Éd. De Boeck, Collection 'Réussir', 2014, 200 pages, 12,9 euros.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

INITIATIVES

- 2 Vie affective et sexuelle 2.0,
par *Carole Feulien*

Lors de son université d'hiver, la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial nous a proposé de mener une large réflexion sur les mutations sociétales et les réalités vécues sur la toile. Ce nouvel espace de socialisation des jeunes confronte souvent utilisateurs, professionnels et parents à de nombreuses difficultés et questions.

- 5 Étiquetage nutritionnel : le logo
de la discorde, par *Anne Le Pennec*

Suspens, rebondissements, intrigues... La saga qui se joue actuellement en France autour de l'étiquetage nutritionnel simplifié des produits alimentaires a tout d'une grande œuvre de... friction.

- 7 Une praline pour lutter contre le cancer
colorectal, par *Christian De Bock*,
d'après la Fondation contre le cancer

'Sweet reminder', c'est le nom d'une praline en forme de 'crotte' qui invite à sauver des vies.

- 8 Lettre d'un bénévole énévéré,
par *Alain Colman*

STRATÉGIES

- 9 L'exposé des motifs du décret bruxellois
francophone relatif à la promotion
de la santé, par *Cécile Jodogne*

À la suite de l'évaluation du dispositif de promotion de la santé de la Communauté française menée à l'initiative de la Ministre de la santé, le Conseil supérieur de promotion de la santé, dans un avis du 17 février 2012, a rappelé «la nécessité d'un système de pilotage de la politique de promotion de la santé afin de mesurer l'impact notamment en termes de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès universel aux offres et services de santé et de promotion de la santé».

OUTILS

- 14 *Irespect*, une production de *Child Focus*

Kit pédagogique permettant aux enseignants d'organiser des ateliers interactifs et créatifs sur la sécurité en ligne et particulièrement sur la notion de vie privée.

Sur notre site www.educationsante.be

Chaque mois, Éducation Santé vous propose des articles que vous ne trouverez que sur son site internet. Ce mois-ci :

- Les premières Maisons arc-en-ciel et leur Fédération enfin agréées et mieux soutenues, par *Maxime Prévot*
- Nouveau décret bruxellois de promotion de la santé : plaider pour plus de transversalité, par *André du Bus*
- Rénovation de la politique vaccinale en France, d'après un communiqué de *Marisol Touraine*
- La contraception, un jeu pour les grands ! par la *Fédération des centres pluralistes de planning familial*
- L'indicateur de demande de traitement à l'usage de drogues ou d'alcool, par *Eurotox*
- Tabacstop en 2015, par la *Fondation Contre le Cancer*

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 : Alain Colman, André du Bus, Eurotox, Fédération des centres pluralistes de planning familial, Fondation Contre le Cancer, Cécile Jodogne, Anne Le Pennec, Maxime Prévot, Marisol Touraine

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 : Gaétan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, 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, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : 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.

Tirage : 1 300 exemplaires. Diffusion : 1 200 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 600 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.



Wallonie

Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

