

ÉDUCATION SANTÉ

SEPTEMBRE 2016

325

La Fédération wallonne de promotion de la santé, enfin!

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

Comment transformer le spectateur en 'spectACTEUR' ? Le projet Raconte-moi ton quartier

Muriel Durant, Conteurs en Balade

« Les performances des conteurs répondent à un besoin social, à des enjeux autres que ceux du simple divertissement » (Soazig Hernandez)¹

En tant que conteuse ayant participé au projet *Raconte-moi ton quartier#2-Saint-Josse-ten-Noode*, je propose de mettre en lumière quelques enseignements tirés directement de mon expérience. Ce projet, mené de juin à août 2015, est la deuxième édition d'un processus en cours, fruit d'une collaboration entre l'ARC (Action et Recherche Culturelles) et les Conteurs en Balade.

Le projet *Raconte-moi ton quartier*, animé en partenariat par l'ARC et les Conteurs en Balade, est né au carrefour des chemins de l'éducation permanente et du conte. Il a pour objectifs l'expression et la participation des citoyens sur et dans leur quartier, la création de liens sociaux en favorisant la rencontre entre les acteurs d'un quartier, la valorisation du conte et de sa dimension poétique de l'expression populaire. Il part d'une récolte des récits, rêves et

représentations des habitants et habitués d'un quartier. Le fruit de ces récoltes est ensuite l'inspiration première pour la création de contes. Les histoires sont présentées au public et réunies dans un recueil. *Raconte-moi ton quartier* voyage et souhaite par ce biais mettre en perspective les réalités à la fois spécifiques et communes des différents quartiers. Nous aimons le présenter telle une création urbaine au cœur des questionnements contemporains.

trois dimensions avec sono (...) et le monde s'en trouvera plus riche. »³

Le moment 2 est celui de la création de l'œuvre. Le pinceau sur le tableau, la plume sur le papier... Ce moment sera plus au moins long et plus ou moins douloureux (c'est un poncif, mais qui reflète quoi qu'on en dise une certaine réalité : l'acte créateur est une nécessité pas toujours facile). Le moment 3, enfin, correspond à la production de l'œuvre dans l'espace public. C'est le moment de rencontre entre l'œuvre (parfois l'artiste) et le public. Cette rencontre est également une dépossession. L'œuvre n'est pas nécessairement perçue comme l'artiste se l'imaginait. La perception du spectateur recrée l'œuvre. Dans le cas précis du conte, ce moment 3 est également un moment 2 : la parole contée, qui n'est pas récitation d'un texte, se recrée constamment dans le contact avec le public et est adaptée en fonction du ressenti du public, principalement lors des premières fois que le conte est dit en public. Peu à peu, le conte se polira pour atteindre une certaine forme définitive. Voilà pour l'analyse en trois moments. Tentons à présent de l'appliquer au projet *Raconte-moi ton quartier#2-Saint-Josse-ten-Noode*.

Au fil du projet, une préoccupation est apparue : comment donner la parole aux bénéficiaires du projet, comment les transformer en acteurs du projet au moyen de dispositifs propres à la création en général et à l'art du conte en particulier ? En somme, comment transformer le spectateur en 'spectACTEUR' ?

il fait l'éponge (...) et 'un jour' il va se mettre à restituer tout ce qu'il a avalé et vu et compris, en noir et en couleurs, ou en mots, ou en geste, en

Trois moments possibles pour l'expression

Théorisons² un tantinet en partant du postulat que toute œuvre artistique, toute production culturelle se fonde sur trois moments. Le moment 1 est celui de l'imprégnation, de l'absorption plus ou moins consciente d'une série d'éléments qui plus tard se trouveront dans la création de l'œuvre.

« ... c'est un artiste (...) Le connu lui suffit et il le prend comme ça vient, l'accepte sans s'émouvoir ni se poser de questions. Il l'avale, absorbe tout,

Par *conte* (ou *art du conte*) nous entendons un art de la parole.

Le *conte* signifie ici l'acte de raconter à un public un récit cohérent, en son nom propre (c'est le conteur qui narre le récit et non un personnage qu'il incarne), le tout en lien avec le public.

Le mot *conte* désigne donc une démarche/pratique artistique basée sur l'oralité. Il ne désigne pas ici un répertoire spécifique comme par exemple les contes de Perrault, les contes traditionnels de telle ou telle région du monde.

Moment 1 Atelier de recueil de parole

Dans le cas du projet susmentionné, la participation du public se fait lors de ce moment, car c'est lors des ateliers que sont recueillies les paroles qui serviront de base aux histoires dites. À noter que dans notre monde ultra connecté⁴,

1. Hernandez Soazig, 'Le monde du conte. Contribution à une sociologie de l'oralité', L'Harmattan, 2006.

2. Cette théorie se base sur les interventions et ateliers suivis dans le cadre de Signal – Interventions urbaines, Université d'été du CIFAS (Saint-Gilles), du 9, 10 et 11 septembre 2015. Il n'est pas interdit de penser que d'autres l'ont déjà développée par ailleurs...

3. Lacq Gil, *Personne ne m'aime*, Duculot, 1986, pp.95-96.

4. Source : 'Renégocier les relations de pouvoir – qui parle et qui écoute ?', atelier animé par Fiona Whelan le 9 septembre 2015, dans le cadre de Signal – Interventions urbaines, Université d'été du CIFAS (Saint-Gilles).

la place pour l'expression est omniprésente mais que finalement, ce qui peut manquer, ce sont des lieux d'écoute. Les ateliers en offrent un. Le conte possède la potentialité d'exprimer les représentations d'un groupe. Un des enjeux de l'artiste-conteur est de se faire le porte-parole d'une parole commune au sein d'une société axée sur l'individu et le développement personnel. Ainsi par exemple des préoccupations liées à la propreté, au trafic urbain, à la rencontre entre habitants ont émergé lors des ateliers de Saint-Josse.

Le recueil de paroles constitue une possibilité de faire le lien : une parole personnelle est recueillie dans une animation collective, et dès lors d'emblée confrontée à d'autres paroles.

Un atelier de recueil de paroles est un moment organisé avec un groupe afin de permettre aux membres de ce groupe de s'exprimer librement sur un sujet donné. Les objectifs de ces ateliers, dans le cadre de *Raconte-moi ton quartier*, sont de :

- recueillir histoires, anecdotes, contes des habitants en lien avec leur quartier ;
- recueillir des représentations autour du quartier (en d'autres termes les ressentis des citoyens et leurs conceptions, l'image qu'ils en ont)⁵ ;
- recueillir les revendications par rapport au quartier.

De l'interaction entre participants ressortent les préoccupations et les représentations les plus fortes. Vient ensuite l'interaction avec l'imaginaire du conteur... Passons donc au moment 2.

Moment 2 – Création des récits sur base des paroles recueillies

Dans le cadre du projet, la création de l'œuvre naît de la rencontre entre les paroles recueillies et l'imaginaire du conteur, imaginaire nourri à de multiples sources (contes traditionnels, littérature, cinéma...). De cette rencontre, 'binôme imaginaire'⁶, surgissent les histoires.



L'instrument indispensable de toute bonne conteuse...

Le travail du conteur consiste en un tri dans les paroles recueillies (qu'est-ce qui a été dit, quels sont les points qui émergent de manière la plus évidente), le choix de ce qu'il souhaite dire, ne pas dire et, enfin, comment il le dit.

L'enjeu consiste à se faire le traducteur, le porteur d'une parole qui reflète les **représentations**, les univers des participants aux ateliers, sous forme d'un récit cohérent. Le conteur mêle « *son expérience au point de vue culturel et idéologique de 'la' communauté* »⁷.

Un des outils dans ce travail de composition est la **métaphore**. Dans le cas précis du conte, le recours à la métaphore se définit comme l'utilisation d'images concrètes pour désigner des notions abstraites par substitution analogique. Par exemple, l'impression d'être perdu face à l'administration, évoquée par un habitant, a été traduite par une succession d'interlocuteurs à rencontrer avant de pouvoir parler au roi, métaphore de l'objectif à atteindre⁸.

La métaphore du conte offre l'avantage de créer une distanciation : « *une trop grande proximité est inquiétante, intrusive, tandis que, grâce au déplacement provoqué par la métaphore, il (le specta(c)teur, dans le cas qui nous occupe)*

trouvera des mots qui lui rendront le sens de son expérience ou lui permettront au moins une échappée »⁹.

Dans le projet *Raconte-moi ton quartier*, le public ne participe pas à ce moment 2, pour diverses raisons. D'une part, le plaisir de la balade contée provient entre autres de la surprise de découvrir les histoires. D'autre part, la création des histoires par les habitants nécessiterait un autre type de processus, qui pourrait comprendre par exemple des ateliers d'écriture, d'art de la parole contée, etc.

Moment 3 – La production dans l'espace public

Ici, cette mise en espace se fait sous forme de **balade contée**¹⁰. Ce dispositif permet une appropriation de l'espace public (le même espace servant de thématique aux ateliers de recueil de paroles), voire une réappropriation nouvelle de 'l'espace-quartier' et de l'espace urbain, mode de vie a priori collectif mais nécessitant aujourd'hui des actions de cohésion sociale en vue de trouver des terrains/points communs¹¹. L'un des enjeux du conteur et de son public, dans le cadre d'une balade contée

5. À noter que ces représentations ne correspondent pas nécessairement à une réalité 'objective' (si tant est qu'elle existe), ou simplement aux représentations des personnes qui animent l'atelier. Dans le cadre d'un atelier de recueil de paroles, il importe d'accueillir avec bienveillance les représentations des participants (surtout si elles ne correspondent pas aux nôtres), ainsi que de veiller à instaurer un cadre sécurisant et de respect (il peut arriver que les participants se heurtent entre eux au sujet de leurs représentations).

6. « Un pôle électrique ne suffit pas à faire jaillir une étincelle, il en faut deux » (Rodari Gianni, Grammaire de l'Imagination. Introduction à l'art de raconter des histoires, Rue du Monde, 2010.)

7. Hernandez Soazig, op. cit.

8. Se référer au recueil de contes issu de *Raconte-moi ton quartier#2-Saint-Josse-ten-Noode*, http://www.arc-culture.be/wp-content/uploads/2015/10/ARC_Racontemoitonquartier_livret.pdf

9. Detambel Régine, Les livres prennent soin de nous. Pour une bibliothérapie créative, Actes Sud, 2015.

10. À ce sujet, je vous renvoie à l'analyse : Clerfayt Sophie, De Lœul Emmanuel, 'Le conte, un art de proximité et de rencontre', ARC - Action et Recherche Culturelles, 2015.

11. « Comment survivre ? En se liant, en se liquant. La fonction primordiale des histoires humaines, c'est l'inclusion et l'exclusion. Le nous s'instaure et se renforce par le récit bricolé du passé collectif. Par la mémoire, c'est à dire par des fictions ». In : Huston Nancy, L'espèce fabulatrice, Actes Sud, 2008.



Des spectATTENTIFS

urbaine, est la création d'un espace scénique. La parole, par sa densité, crée un espace particulier.

Par ailleurs, au sein du récit en lui-même, certains dispositifs de l'art du conte permettent la participation des *spectACTEURS* : poser des questions, faire répéter quelque chose, proposer des devinettes, des formulettes, des chansons...

Ceci n'est pas anodin. L'acte de parler, même pour 'seulement' répéter ou répondre à une question, a un impact, car il active dans le cerveau les circuits liés à la parole, le tout dans un contexte de plaisir, sans stress, ni enjeux¹². Enfin, les récits permettent un **enrichissement des représentations**, autrement dit « nous donner un autre point de vue sur 'les' réalités (...), nous aider à les mettre à distance, à les décortiquer, à en voir les ficelles, à en critiquer les fictions sous-jacentes »¹³.

« Le conte offre un large champ de significations potentielles aux auditeurs qui ne reçoivent pas le récit passivement : celui-ci continue son travail après avoir été entendu »¹⁴.

Dans le cadre qui nous occupe, les récits résultent de la rencontre de différentes représentations, mise en travail dans les ateliers

de recueil de paroles puis dans le cadre de la création des histoires. Ces représentations mêlées, entrelacées, métaphorisées en récits vont, par le pouvoir de la parole, être transmises aux spectACTEURS et un travail souterrain pourra s'opérer.

En guise de conclusion

Une des spécificités du conte est le lien avec le public. L'adresse est directe, le public est « partenaire du conteur »¹⁵. Le conte possède en germe les ingrédients pour créer une complicité entre spectateur et conteur¹⁶.

Si cet enjeu essentiel à la pertinence du projet est inhérent à la rencontre entre l'éducation permanente et le conte, sur le terrain, il se re-découvre un peu plus chaque jour. D'un côté, le conteur peut s'appuyer sur la sagesse des contes traditionnels, sur leur pertinence sociale pour aborder des thèmes qui le dépasseraient autrement en tant qu'individu, tels le racisme, les rapports de forces, la relation au pouvoir, l'exclusion... De l'autre, lors de la création des histoires, il doit veiller à ce que le choix de son propos soit bien celui des publics qu'il a rencontrés.

Les représentations, les métaphores et la distanciation, citées plus haut, sont des outils très actifs. Par contre, ils restent à disposition du conteur et de sa volonté propre vis-à-vis de laquelle il voyage tel un funambule, à chercher l'équilibre entre ses réalités et celles d'un monde contemporain, d'un quartier et de différents publics. Ces réalités présentent à la fois des différences profondes et des similitudes ancrées dans une collectivité à laquelle nous appartenons tous, d'humanité du XXI^e siècle.

Par ailleurs, le conte est apte à créer un sentiment de groupe et d'appartenance au sein de l'audience. À l'origine, le conte exprime des représentations qui doivent leur survivance non à « leur exactitude mais à leur pertinence sociale »¹⁷. En d'autres termes, les motifs du conte sont 'sélectionnés' par le groupe (de manière inconsciente), afin qu'ils « véhiculent des préoccupations sociales essentielles »¹⁸.

Activer cette capacité du conte est tout l'enjeu du projet *Raconte-moi ton quartier* et démontré dans cette analyse.

Enfin, le conte peut constituer un **outil** pour permettre aux gens d'ouvrir leur imaginaire, voire de s'approprier la parole, c'est entre autre pourquoi un projet tel que *Raconte-moi ton quartier*, initiateur d'une mobilisation et d'une expression collective autour du conte, pourrait veiller à produire des suites (par exemple : ateliers d'écriture, voir plus haut) permettant d'aller plus loin dans ce processus du spectACTEUR. Le but n'est pas que les gens deviennent eux-mêmes conteurs, mais de faire circuler la parole. Dans la lignée de **Gianni Rodari**, travailler l'imaginaire, donner l'accès aux mots, c'est marcher vers une plus grande justice sociale, car « la parole peut avoir une valeur de libération. 'Tous les usages de la parole pour tout le monde' : voilà qui me semble être une bonne devise, ayant une belle résonance démocratique. Non pas pour que tout le monde devienne artiste, mais pour que personne ne reste esclave »¹⁹.

Analyse publiée par l'ARC en novembre 2015, www.arc-culture.be/blog/analyse/balade-contee-comment-spectateur-devient-acteur

¹² On lira avec profit sur ce sujet : Sacks Oliver, *Des yeux pour entendre. Voyage au pays des sourds*, Seuil, 1996. Bien que traitant d'abord et avant tout de la langue des signes, cet ouvrage propose de passionnantes réflexions sur l'acquisition du langage en général.

¹³ Huston Nancy, op. cit.

¹⁴ Belmont Nicole, *Poétique du conte. Essai sur le conte de tradition orale*, Gallimard, 1999.

¹⁵ Voir analyse déjà citée : « Le conte, un art de proximité et de rencontre ».

¹⁶ Voir analyse op. cit.

¹⁷ Hernandez Soazig, op. cit.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Rodari Gianni, op. cit.

Gérer sa santé : rêve ou réalité ?

Christian De Bock

« La littératie est un pont entre la misère et l'espoir » (Kofi Annan)

Les mutualités s'intéressent à juste titre depuis quelques années au degré de littératie en santé de leurs affiliés¹. En effet, on ne peut pas à la fois plaider pour la participation active du patient et promouvoir son consentement éclairé tout en ignorant l'importance primordiale de bonnes compétences en santé dans le grand public.

Cependant, beaucoup de chemin reste à faire : un Européen sur deux a un faible niveau d'alphabétisation en santé, ce qui constitue un obstacle majeur à l'émancipation du 'consommateur de soins de santé'. Les Mutualités libres ont organisé le 31 mai dernier à Bruxelles une demi-journée de conférences et de débat sur les enjeux de cette problématique, qui a réuni un public venu nombreux malgré les vicissitudes d'une journée de grève. Un signe tangible du vif intérêt suscité par le sujet du jour...

Définition de la littératie en santé

« La capacité d'avoir accès à de l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie »
Association canadienne de santé publique (ACSP), 2014

4 Belges sur 10

En introduction, **Xavier Brenez**, Directeur général des Mutualités libres nous a présenté les principaux résultats d'un sondage 'Dedicated' sur la question, réalisé en avril 2016 auprès de 1 033 personnes de plus de 18 ans ayant eu deux consultations en médecine générale au cours des 12 derniers mois.

Ce sondage confirme largement les résultats d'études antérieures : très grande satisfaction des personnes interrogées vis-à-vis de leur médecin de famille et bonne littératie de 60 % d'entre elles. Parmi les problèmes rencontrés par les 40 % moins bien outillés : difficulté à



comprendre certains mots (17 %), à choisir un comportement favorable à la santé en présence de messages médiatiques parfois contradictoires (42 %), à lire les notices des médicaments (32 %, seulement 32 % serions-nous tenté d'ajouter!), à intégrer les avertissements de santé publique (23 %).

Pour sa part, **Stephan Van den Broucke**, professeur en psychologie de la santé publique à l'UCL, grand spécialiste en la matière, nous rappela que le concept est loin d'être aussi

neuf que certains le pensent, puisqu'il a fait florès depuis longtemps dans le domaine de l'éducation 'pure' avant de s'étendre à d'autres matières comme la santé (dès les années 70) et la promotion de la santé plus récemment.

Il insista aussi à juste titre sur le fait que dans ce domaine comme dans tant d'autres, la connaissance est loin de suffire, c'est la compétence acquise par les individus qui prime. Belgique oblige, Stephan Van den Broucke nous précisa également que 'l'alphabétisme en santé' est meilleur en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles, avant de plaider à juste titre pour un renforcement des mécanismes éducatifs et de la prise en considération des besoins d'information et d'empowerment des plus faibles de notre société.



Chez nous aussi il y a des ressources de belle qualité en littératie

Concrètement...

L'intervenante suivante, **Nathalie Boivin**, professeure en science infirmière à l'Université de Moncton (Canada) nous montra avec une belle éloquence un grand nombre d'outils de promotion de la littératie auxquels elle collabore. Dans sa

1. Voir le texte de Sigrid Vancorenland et al., 'Bilan des connaissances des Belges en matière de santé', Éducation Santé n°315, octobre 2015, <http://educationsante.be/article/bilan-des-connaissances-des-belges-en-matiere-de-sante/>

province du Nouveau Brunswick², le déficit de littératie était il n'y a pas si longtemps encore plus important que dans d'autres régions du pays, atteignant 75 % des gens âgés de 16 à 65 ans, ce qu'elle eut de la peine à croire au départ, pensant ses pratiques plus efficaces que cela... Écouter les besoins des usagers, faire appel aux 'trucs pour bien vivre' qu'ils souhaitent partager, apprendre en famille par le jeu, « miser sur les atouts des gens plutôt que leur taper tout le temps sur la tête avec des messages négatifs », importance de messages universels, exploitation des radios locales mais aussi des technologies d'aujourd'hui, que d'idées partagées dans la bonne humeur avec l'auditoire... Du débat proprement dit, nous retiendrons

Définition de la littératie en santé

« La connaissance, la motivation et les compétences d'une personne pour accéder, à l'information de santé, la comprendre, l'évaluer et l'appliquer de façon à porter des jugements et prendre des décisions dans sa vie quotidienne concernant les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, pour conserver ou améliorer sa qualité de vie tout au long de son existence »

(OMS, Health literacy. The solid facts. Health), 2016

les propos mesurés et pertinents de **Marleen Finoulst**, rédactrice en chef du magazine BodyTalk et aussi cette intervention d'une travailleuse du CPAS de Schaerbeek, qui souligna combien les outils de littératie d'une asbl comme Cultures & Santé³ peuvent rendre de services pour réduire cette fracture culturelle. Même si on se réjouit toujours des bonnes pratiques d'Outre-Atlantique, le rappel que chez nous aussi il y a des ressources de grande qualité ponctuait joliment cette intéressante matinée.

Ressources présentées par Nathalie Boivin : www.alphabetismeensante.ca, www.discutonssante.ca et www.capsulesante.ca

² Seule province officiellement bilingue du pays, grande comme la Belgique et les Pays-Bas réunis et comptant 750.000 habitants (dont 30 % de francophones).

³ Voir par exemple dans le numéro 324 d'Éducation Santé l'article de Denis Mannaerts et Maïté Cuvelier, 'Un nouveau kit d'animation sur les CPAS : informer, accompagner, dialoguer, éduquer, critiquer', <http://educationsante.be/article/un-nouveau-kit-danimation-sur-les-cpas-informer-accompagner-dialoguer-eduquer-critiquer/>. Tout un programme...

STRATÉGIES

La Fédération wallonne de promotion de la santé, enfin!

Propos de **Chantal Leva** et **Yves Gosselain** recueillis par **Christian De Bock**

Le 19 mai dernier, la Fédération wallonne de promotion de la santé (FWPS) a vu le jour. Nous avons posé quelques questions à sa présidente et à son vice-président fraîchement élus, Chantal Leva et Yves Gosselain. Par convention, nous indiquons leurs réponses par FWPS.

Éducation Santé : Pourquoi une fédération et pourquoi en 2016 ?

FWPS : Effectivement, ce n'est pas la première fois que des associations du secteur de la promotion santé se réunissent et envisagent de créer quelque chose qui les rassemble dans la durée. Il n'existait jusqu'à présent¹ pas de structure dans laquelle ces associations pouvaient se retrouver et agir de concert en faveur de la promotion de la santé.

Le contexte institutionnel et politique récent explique certainement pourquoi cette année ce projet a enfin pu se concrétiser sous la forme d'une fédération. La réponse à cette question demande donc un bref rappel historique!

La Communauté française adoptait, en 1997, une position novatrice en Europe en mettant en place un cadre légal pour développer une politique de

promotion de la santé. Depuis lors, les nombreux acteurs de terrain ont été invités à développer des programmes basés sur les besoins de la population en bénéficiant d'une procédure de financement et d'accompagnement.

Dans le cadre de la 6^e réforme de l'État, le 19 septembre 2013, les 4 partis francophones ont adopté un projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales. Cet accord dit 'de la Sainte Émilie' propose un transfert particulier des compétences 'santé' (promotion de la santé en fait) de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers les Régions².

Ce contexte a conduit à un certain nombre de questions et d'incertitudes quant à leur avenir pour l'ensemble des organismes concernés par ces financements. En Wallonie, afin de prendre

le temps d'élaborer sa nouvelle politique en la matière, le Ministre a finalement instauré plusieurs années de *statu quo* qui garantissent une continuité des financements et donc des programmes en cours.

ES : Et à quel moment les acteurs ont-ils commencé à se rassembler ?

FWPS : Plusieurs mois avant les dernières élections fédérales, l'ensemble des acteurs se sont constitués en Plateforme tant du côté wallon que du côté bruxellois, afin de rassembler leurs efforts et de faire entendre leurs points de vue auprès des 'politiques'.

En d'autres mots, l'idée était de construire ensemble une dynamique de réflexion pour comprendre les enjeux des politiques futures, s'y préparer le mieux possible et y valoriser la promotion de la santé.

¹ Propos recueillis le 8 août 2016.

² La régionalisation du secteur de la promotion de la santé (hors services de promotion de la santé à l'école) est effective depuis le 1^{er} juillet 2014.

La Plateforme wallonne du secteur de la promotion de la santé a été créée le 3 février 2014. Elle regroupait les 57 organismes ayant reçu un subside l'année précédente de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour développer des services et des programmes de promotion de la santé sur le territoire wallon³.

Même si cette plateforme a préfiguré l'actuelle fédération, cette institutionnalisation ne figurait pas parmi ses objectifs de départ qui étaient plus spécifiquement :

- d'échanger des informations sur le transfert des compétences santé dans le cadre de la régionalisation ;
- d'être une interface avec l'Administration wallonne et le monde politique afin de co-construire l'implantation de la promotion de la santé en Région wallonne ;
- de faire inscrire la promotion de la santé dans les axes prioritaires des politiques sociales et de santé en Région wallonne ;
- de valoriser le travail mené par ces organismes de promotion de la santé auprès des décideurs politiques et administratifs ;
- de poursuivre une concertation avec la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé en vue d'assurer une cohérence des politiques sociales et de santé au sein des deux entités fédérées.

Dans le même temps, une plateforme similaire voyait le jour à Bruxelles. Avec d'ailleurs une série d'acteurs communs aux deux plateformes : toutes les associations qui travaillent sur l'ensemble de la Communauté française, tant en Wallonie qu'à Bruxelles. Elles sont plusieurs dizaines.

Très vite, les deux plateformes ont veillé à se concerter, puis à unir leurs forces de travail.

Ainsi deux groupes de travail communs ont vu rapidement le jour, l'un pour mener un travail auprès des représentants politiques, l'autre pour envisager l'une ou l'autre forme de pérennisation, à moyen terme...

Une des réussites de cette période d'existence de la Plateforme, c'est d'avoir pu travailler pendant plus de deux ans, avec des réunions très régulières et une participation active de nombreux membres. Une autre réussite, c'est d'être parvenu à produire des documents à la fois forts et porteurs tout en étant synthétiques et résultant d'un travail collectif exigeant. Une belle gageure pour notre secteur.



La Meuse à Namur

Ainsi, les trois principaux documents produits (un memorandum, des recommandations et une 'photographie' du secteur) sont le résultat d'un consensus de tous ses membres. C'est au départ d'une démarche participative et volontaire que ceux-ci ont souhaité rendre plus lisible leur secteur dans le cadre de la construction de la nouvelle politique de santé en Région wallonne.

On peut imaginer que les documents (produits par la Plateforme wallonne de promotion de la santé) pourraient être une première pierre pour la construction des priorités politiques de promotion de la santé en Wallonie !

Ces documents sont le reflet d'une dynamique et d'une réflexion permanente sur les pratiques. Ils ne prétendent pas mettre en avant les spécificités de chaque opérateur au niveau local et/ou régional mais ils donnent une vision globale de la promotion de la santé. Ils mettent également en lumière les valeurs fondamentales des Droits de l'homme défendues par les opérateurs telles que le respect, l'équité, la liberté de choix, la lutte contre la discrimination et les inégalités sociales... Ils montrent la transversalité et la grande diversité des méthodes utilisées, des publics

touchés et des thématiques abordées, ainsi que la capacité des professionnels à s'adapter aux besoins qu'ils ont identifiés sur le territoire wallon.

On peut imaginer que ces documents pourraient être une première pierre pour la construction des priorités politiques de promotion de la santé en Wallonie !

Les membres de la Plateforme ont rapidement souhaité créer une fédération, notamment pour pouvoir être représentés officiellement au sein de l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité), qui venait d'être mise en place et d'y proposer leur expertise collective.

ES : Quels sont les objectifs de votre association ?

FWPS : Elle a pour but de valoriser la promotion de la santé notamment au sein des politiques actuelles et futures.

Nous avons souhaité que le memorandum de juin 2014 de notre (ancienne) Plateforme reste un texte fondateur pour la Fédération. C'est ainsi que l'objet social de cette dernière découle de ce memorandum :

- faire connaître, reconnaître et défendre l'existence structurelle et financière des membres dans leurs missions de promotion de la santé ;
- assurer la représentation du secteur de la promotion de la santé dans les organes de concertation et de décision, qu'ils soient institutionnalisés ou non ;
- soutenir un plaidoyer, c'est-à-dire partager une vision commune de la promotion de la santé et lui donner de la visibilité ; défendre et promouvoir la promotion de la santé auprès des

³ Ou plus largement sur l'ensemble de la Communauté française pour certains d'entre eux.

- hommes et femmes politiques, des médias et d'autres secteurs d'activités ;
- valoriser les activités des membres en matière de promotion de la santé ;
- renforcer les pratiques communes en s'appuyant sur l'expertise des membres ;
- rassembler et fédérer les membres, favoriser la cohérence et la cohésion tant en interne qu'avec des associations similaires aux niveaux régional, communautaire, fédéral et international.

ES : Qui sont les membres fondateurs de la fédération ?

FWPS : C'est une large palette d'associations du secteur qui ont signé l'acte constitutif. Cela témoigne d'une belle diversité et de la volonté de porter collectivement cette nouvelle institution qui nous rassemble. Au total, il y a 45 membres fondateur. Trois organismes qui n'ont pas pu – pour des raisons administratives – être membres fondateurs sont devenus membres effectifs en date du 16 juin. Nous sommes donc 48 pour le moment.

ES : Si je suis une association active en promotion de la santé sur le territoire wallon et que cet article d'Éducation Santé m'en apprend la création, comment puis-je devenir membre ?

FWPS : La Fédération est disposée à accueillir de nouveaux membres, c'est prévu dans ses statuts. Les personnes morales qui souhaitent y adhérer doivent introduire une demande écrite et motivée à la Présidente du Conseil d'administration, accompagnée de leur rapport d'activité et de leurs statuts.

Deux membres du Conseil d'administration rencontrent alors le candidat et font rapport à la

prochaine réunion de l'Assemblée générale qui statuera.

Le candidat membre peut être amené à présenter sa candidature lors de cette Assemblée générale.

ES : Les statuts de l'association insistent à plusieurs endroits sur l'importance d'une concertation avec une future Fédération bruxelloise. Pourquoi ne pas avoir plus simplement constitué une seule fédération active sur les deux territoires ? Après tout, un nombre important d'équipes et projets subventionnés en promotion de la santé exercent leurs activités tant en Wallonie qu'à Bruxelles...

FWPS : Plusieurs scénarii ont été envisagés pour structurer les deux entités. Deux organisations séparées ? Une seule asbl ? Deux entités distinctes mais reliées entre elles ? Ces questions ont été longuement débattues lors des réunions des deux plateformes et finalement au sein d'une réunion conjointe. Elles ont rapidement fait l'objet d'un sondage et des arguments pour chaque scénario ont été compilés. En bout de course un vote a tranché la question en faveur de deux entités distinctes.

Les arguments balançaient d'un côté pour renforcer la cohésion et la force d'action de tout le secteur sur un territoire (Wallonie + Bruxelles) somme toute assez petit ; et d'un autre côté des arguments pour faciliter la prise en compte d'enjeux régionaux.

Lors de la rédaction des statuts, nous avons essayé de trouver une formule qui équilibre ce double enjeu 'cohésion – réalités régionales' dans une structure à la fois participative et efficace. Aujourd'hui la Fédération bruxelloise n'existe pas

encore, mais ça ne saurait tarder... Et nos statuts prévoient effectivement déjà des liens étroits et de la concertation avec elle.

ES : Une dernière question, quels vont être vos chantiers prioritaires d'ici la fin de l'année ?

FWPS : Créer cette nouvelle institution avec des processus participatifs a demandé beaucoup de temps et d'énergie. Maintenant qu'elle existe, nous pouvons effectivement mettre notre élan au service de nos objectifs, qui sont ambitieux. À commencer par faire (re)connaître notre asbl. Nous souhaitons organiser une journée d'étude pour mettre en valeur le secteur de promotion de la santé en Wallonie en saisissant si possible l'opportunité des 30 ans de la Charte d'Ottawa en décembre 2016.

Côté politique, nous voulons faire connaître notre fédération auprès de la Commission santé du Parlement wallon. Une délégation de la FWPS a déjà rencontré la Présidente de cette Commission, Madame **Joëlle Kapompolé**, le 1^{er} juillet 2016.

Nous souhaitons aussi intensifier le travail du groupe 'politique' : rencontre avec la cheffe de Cabinet du Ministre, Madame **Anne Boucquiau** le 9 septembre et avec l'Administratrice générale de l'AViQ, Madame **Alice Baudine** prochainement. Et enfin, nous mettons la dernière main à notre règlement d'ordre intérieur : assurer un fonctionnement sain pour garantir un avenir durable.

Fédération wallonne de promotion de la santé, c/o CLPS Namur, Bd Cauchy 16-18 (appt C03 rez), 5000 Namur. Courriel : info.fwps@gmail.com.

La fonction consultative se met en place à Bruxelles



Christian De Bock

Depuis 1997¹, la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale dispose d'un Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

Cet organe consultatif a pour mission de donner des avis sur six matières, faisant chacune l'objet d'une section du Conseil : l'aide et les

soins à domicile, les services ambulatoires, l'hébergement, les personnes handicapées, la cohésion sociale et la promotion de la santé.

Cette dernière section vient d'être créée dans le cadre du tout récent décret 'promotion de la santé'². Elle a pour mission « de donner des avis

¹ Décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, entré en vigueur le 1^{er} septembre 1997.

² Voir Éducation Santé n°321, avril 2016, Décret relatif à la promotion de la santé, <http://educationsante.be/article/decret-relatif-a-la-promotion-de-la-sante/>

sur toutes les questions concernant la promotion de la santé, y compris sur la médecine préventive et d'instruire les questions d'éthique.

Son avis est requis sur les projets de décret et d'arrêtés d'exécution relatifs à la politique de santé et plus particulièrement de la promotion de la santé, ainsi que sur le plan de promotion de la santé. Il est aussi requis sur les appels à candidatures du service d'accompagnement et des services de support et les appels à projets destinés aux acteurs, ainsi que sur les dossiers de candidatures et les réponses aux appels à projets pour des subventions supérieures à un montant fixé par le Collège. »

Composition

Après un appel à candidatures qui s'est clôturé le 15 mai 2016, le Collège a nommé les 14 personnes suivantes effectifs à gauche, suppléants à droite) :

Trois représentants des pouvoirs organisateurs

- Yves Gosselain (Fédération des Maisons médicales) - Olivier Chenebon (Alias)
- Bernadette Taeymans (Question Santé) - Patrick Trefois (Question Santé)
- Émilie Vanderstichelen (Mutualité libre) - Julie Rodriguez-Lopez (Solidaris)

Trois représentants des travailleurs

- Antoine Boucher (CNE) - Emmanuel Bonami (CNE)
- Michael Dufrane (CGSLB) - Philippe Vandenaabeele (CGSLB)
- Yves Dupuis (SETCA) - Abder Chafi (SETCA)

Deux représentants des utilisateurs ou des publics cibles

- Chantal Williot (Mutualité S-Michel) - Élise Dubetz (Solidaris)
- Virginie Lambert (LUSS) - Fabrizio Cantelli (LUSS)

Six représentants des experts

- Myriam Dieleman (Observatoire du sida et des sexualités) - Thierry Martin (Plateforme prévention sida)
- Denis Mannaerts (Cultures et Santé) - Frédérique Déjou (Les Pissenlits)
- Isabelle Godin (ULB) - Isabelle Aujoulat (UCL)
- Lucia Casero (Eurotox) - Catherine Van Huyck (Modus Vivendi)
- Christian De Bock (Éducation Santé) - Bruno Vankelegom (Forest Quartiers Santé)
- Jacques Morel (SACOPAR) - Catherine Vegairinsky (CBPS)

Le Collège a nommé **Jacques Morel** (SACOPAR) et **Myriam Dieleman** (Observatoire du sida et des sexualités) respectivement Président et Vice-présidente de la section.

Installation

La section a tenu sa première réunion très rapidement, le 5 juillet, en présence d'un nombre important de membres effectifs et suppléants. La Ministre **Cécile Jodogne** a procédé à son installation en précisant que le *Plan bruxellois francophone de promotion de la santé* serait probablement décalé de quelques mois, avec des priorités et des lignes directrices élaborées d'ici la fin de l'année et un appel à projets pour le concrétiser courant 2017. Elle a aussi annoncé que la période de *statu quo* que connaît le secteur depuis la mi-2014 serait sans doute prolongée (pour une durée non précisée) en 2017. Cette première réunion n'avait rien de 'protocolaire' puisque la section est entrée ensuite directement dans le vif du sujet en examinant l'arrêté d'application précisant les différentes dispositions du nouveau décret. Nous ne manquerons pas d'y revenir dans *Éducation Santé* à la parution de cet arrêté.

LU POUR VOUS

Refonder la solidarité, un nouveau paradigme

Hervé Avalosse - Département Recherche et Développement (ANMC)

L'ouvrage de Christian Léonard¹, fruit d'une thèse de doctorat en sciences médicales et d'une longue expérience professionnelle dans le domaine des soins de santé, nous invite à une réflexion stimulante, approfondie et dense autour de la responsabilité, de la solidarité et de la liberté. Son titre, *Libérer et responsabiliser pour refonder la solidarité*, nous indique même un véritable programme : il s'agit d'œuvrer à une réelle liberté, afin de pouvoir réconcilier responsabilité et solidarité. Au carrefour de bien des sciences humaines, combinant réflexions philosophiques, économiques, anthropologiques, épidémiologiques, l'auteur nous convie à un véritable questionnement éthique quant à la nature et à l'avenir de notre système de protection sociale et, plus particulièrement, des soins de santé.

Les impasses de la responsabilisation individuelle

Tous les experts vous le diront, les systèmes de protection sociale (les systèmes de couverture de soins de santé en particulier) des États-providence sont sous pression. Et c'est vrai que les masses

budgétaires concernées sont imposantes. Alors, dans un contexte économique déprimé, faire des économies sur ces budgets sociaux apparaît pour d'aucuns comme une nécessité.

À l'examen des mesures prises (dans notre pays, comme dans d'autres), une tendance

émerge, la réduction de dépenses collectives par un transfert de responsabilité financière vers les individus. Pour **Christian Léonard**, il s'agit d'une privatisation implicite : ce n'est pas comme si des pans entiers de la sécurité sociale étaient transférés au secteur privé, on vise plutôt

1. Christian Léonard est actuellement directeur général adjoint du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Il a été également chef de service du département R&D de l'ANMC.

à inciter les uns et les autres à faire les bons choix, sur base d'une rationalité économique. « *Il nous faut constater que la responsabilisation est quasi exclusivement conçue sur la base de contributions financières. L'idée est d'utiliser des signaux économiques, les prix, pour faire comprendre aux individus comment ils doivent se comporter.* »²

Cette tendance est aussi la conséquence de l'influence grandissante d'une pensée libérale plus radicale qui remet en cause le bien-fondé de l'État-providence, parfois vu comme un véritable handicap de compétitivité pour nos économies, en mettant l'accent sur les vertus du marché, de sa 'saine' et performante concurrence, fruit de l'exercice de nos libertés individuelles. Par rapport à la santé plus spécifiquement, cette tendance soulève bien des questions. Même si l'État-providence n'est pas exempt de toute critique, même s'il est difficile et prématuré de se prononcer sur l'efficacité des mesures incitatives prises, on peut déjà questionner la pertinence de ces dernières ainsi que leur soubassement idéologique.

Christian Léonard met en avant le fait qu'« *il ne s'agit pas d'un processus par lequel l'individu reconnaît et assume une responsabilité à laquelle il souscrit, qu'il fait sienne et qui le rend agent de son existence. Il ne s'agit pas plus d'une responsabilité active, politique, qui est consubstantielle à une réelle liberté individuelle. Ces transferts sont simplement des moyens de reporter des charges financières. Ils rendent l'individu comptable de ses dépenses de santé, non en les justifiant ou en assumant pleinement les raisons pour lesquelles il les a consenties, mais simplement en réglant une part de la facture* »³.

Et l'auteur de rappeler que « *la croissance des dépenses de santé est d'ailleurs liée à des facteurs totalement indépendants d'un comportement consumériste 'irresponsable' car ce sont principalement les rémunérations, les nouvelles technologies, la médicalisation de l'existence et des problèmes sociaux ainsi que le vieillissement de la population qui expliquent l'essentiel des dépenses de soins de santé* »⁴.

Le souci de soi et des autres

Mais alors, comment fonder une réelle responsabilité ? Christian Léonard nous propose le concept de *souci de soi* comme point de départ d'un processus de responsabilisation. Le souci de soi est un concept riche : il ne s'agit pas de se replier sur soi-même, mais bien d'abord de se connaître soi-même. On y reconnaît l'injonction Socratique : à l'homme de prendre conscience de sa mesure, de sa fragilité et de ses limites.

Cet enseignement antique a traversé les siècles et est toujours d'actualité. L'auteur souligne que « *l'attention à soi permet à celui qui la pratique de savoir qui il est et ce qu'il fait. Il s'agit véritablement d'une pratique de vigilance intérieure afin d'éviter toute méprise à l'égard de soi-même* »⁵.

Et dans le même temps, tout en exerçant cette vigilance avec lucidité, on est à même d'être attentif à son contexte de vie mais aussi aux autres, à leurs besoins et attentes, aux vulnérabilités communes à tous. « *Le souci de soi devient alors un souci de tous pour tous, qui peut être interprété comme une responsabilité de chacun pour chacun et pour tous, une invitation à la responsabilité individuelle constitutive de la responsabilité collective.* »⁶

Afin de mieux refléter cette façon d'être au monde, Christian Léonard parle de *responsabilité capacitante*, une responsabilité « *qui nous amène à nous soucier des autres, du caractère digne de leur vie, de leurs conditions d'existence* », une responsabilité que tout un chacun est à même d'exercer. C'est indubitablement une vision de la nature humaine bien plus féconde, positive et libératrice (car respectueuse de l'autre, dégagée du souci de performance propre à nos sociétés) que celle que nous proposent les économistes soutenant le paradigme néo- ou ultra-libéral pour qui l'être humain se limite à être un *homo oeconomicus*, « *cet individu calculateur et maximisateur qui agit et réagit aux incitations financières* »⁷.

Une utopie ? Vraiment ?

La santé est bien le lieu privilégié où cette responsabilité capacitante peut se découvrir et trouver à s'exercer. Pensons à l'information aux patients. Ici, les possibilités sont multiples. Pour les prestataires en colloque singulier avec leurs patients, il s'agira d'impliquer ces derniers dans le choix d'une thérapie, par exemple. Pour cela, « *le prestataire doit connaître le patient, reconnaître ses besoins et son droit à l'autonomie. Il doit le considérer, non comme l'objet d'une intervention mais comme un co-acteur d'une intervention et co-auteur d'une éventuelle guérison* »⁸. L'information et les conseils peuvent aussi passer par d'autres canaux, comme des campagnes de sensibilisation. Il faut alors veiller à ce que les messages et recommandations soient accessibles, clairs, compréhensibles par tous. Bien des efforts sont faits en ce sens, même s'il en faudrait sans doute encore plus.

Mais, pour Christian Léonard, cela ne doit pas s'arrêter là. Puisque nous sommes capables de dépasser nos intérêts égoïstes et d'être altruistes, pourquoi ne pas faire du citoyen-patient un partenaire plein et entier du système de soins de santé ? Et ce tant pour l'organisation, le financement du système que pour l'établissement de ses priorités. Comme l'observe notre auteur : « *c'est bien le citoyen-patient qui devra assumer individuellement et collectivement les choix qui seront faits.* »⁹ Un premier pas a d'ailleurs été franchi avec l'Observatoire des maladies chroniques¹⁰, où des associations de patients sont présentes dans une section consultative. L'implication formelle des associations de patients dans l'élaboration de la politique de soins de santé est ainsi lancée. Alors, utopiques les thèses de Christian Léonard ? Ne préjugeons de rien... et laissons à Lamartine le dernier mot : « *Les utopies ne sont que des vérités prématurées* ».

Le livre de Christian Léonard peut être commandé (25 euros) via le site des Presses Universitaires de Namur :
<http://pun.be/fr/livre/?GCOI=99993100835970>

2. Interview de C. Léonard dans : En Marche, édition du 17 décembre 2015, p. 11.

3. Christian Léonard. 2015. Libérer et responsabiliser pour refonder la solidarité. Presses universitaires de Namur. p 57.

4. o.c. p 56.

5. o.c. p 148.

6. o.c. p 152.

7. o.c. p 8.

8. o.c. p. 242

9. o.c. p. 279

10 <http://www.inami.fgov.be/fr/inami/organes/Pages/observatoire-maladies-chroniques.aspx#.V3Z0pNJki70>

En 2011, le Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS), en partenariat avec Repères asbl, se lançait dans une recherche-action sur l'intersectorialité.



Penser à une méthodologie, travailler avec un comité d'accompagnement, approcher des dispositifs intersectoriels, analyser avec eux, puis reformuler, rédiger... trois années de travail que le CBPS nous propose aujourd'hui sous forme d'une plaquette de 52 pages. Le sujet n'est pas facile, voire austère, mais grâce à la plume inspirée de **Pascale Anceaux**, le lecteur pourra se familiariser avec ce pilier de la

promotion de la santé, même s'il « *n'est pas tombé dans l'intersectorialité quand (il) était petit* »!

Que vous soyez travailleurs des secteurs de la promotion de la santé, de l'action sociale, du logement, de la prévention, de l'aide à la jeunesse, de la petite enfance, de l'enseignement, de la santé mentale... les propos recueillis et analysés par l'auteure feront sans doute écho à vos pratiques professionnelles.

L'ambition de ce document est de vous permettre d'aller à la rencontre des réalités des institutions et/ou personnes avec lesquelles vous travaillez et collaborez, en restant attentifs à une série d'éléments qui participent à la fluidité du processus de travail en intersectorialité.

Lisez la MAG

Un chapitre de la brochure est consacré à définir les contours de l'intersectorialité, en particulier dans une dynamique de promotion de la santé, grâce à la MAG ou Méthode d'Analyse en Groupe, un outil d'analyse des dispositifs complexes d'action sociale qui trouve tout son

intérêt dans le fait qu'il implique directement dans le processus de recherche les acteurs concernés par la problématique à analyser. On ne saurait être plus 'promo santé' que ça ! La majeure partie de la plaquette est consacrée à 'L'intersectorialité en question', qui décrit son processus de façon détaillée : représentation, identité, cadre, institution, ambiance. Les pages consacrées à cette dernière, qui peut favoriser grandement la réussite d'un projet, nous ont paru particulièrement bienvenues dans le climat morose que vit notre pays en général et notre modeste secteur en particulier, encore rétréci fortement par les récentes évolutions institutionnelles.

Intersectorialité, Pascale Anceaux, CBPS, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.
Courriel : info@cbps.be. Internet : www.cbps.be.
Document téléchargeable à l'adresse
<http://www.cbps.be/pdf/Intersectorialit%C3%A9%20on%20n'est%20pas%20tomb%C3%A9%20dedans.pdf>

DONNÉES

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015

Christian De Bock, d'après le résumé du premier rapport de l'enquête

L'alimentation et les habitudes alimentaires revêtent une importance majeure en termes de santé publique. Celles-ci constituent, en effet, des déterminants importants dans le développement de maladies non transmissibles, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Afin de pouvoir orienter les politiques nutritionnelles en fonction des besoins de la population, il est donc nécessaire de disposer d'une image correcte et récente de la consommation et des habitudes alimentaires dans notre pays. La dernière enquête de consommation

alimentaire menée en Belgique datait de 2004. Les habitudes alimentaires évoluant au cours du temps, il était nécessaire d'actualiser ces données. Une deuxième enquête a, par conséquent, été commandée en 2014 par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique de l'époque,

Laurette Onkelinx et le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Cette étude a été organisée et mise en œuvre par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 a pour objectif général de décrire

la consommation et les habitudes alimentaires, ainsi que l'activité physique de la population de 3 à 64 ans résidant en Belgique.

Cette enquête a pour atout de fournir, pour la première fois en Belgique, des résultats pour les enfants (3 à 9 ans) et adolescents (10 à 17 ans). Ceci est essentiel pour soutenir le développement de mesures de prévention adaptées à ces groupes d'âge particulièrement vulnérables.

Méthodologie

Échantillon

L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ciblait toute personne âgée de 3 à 64 ans, résidant en Belgique, sans restriction de nationalité. Les personnes interrogées ont été choisies de manière aléatoire parmi tous les individus recensés dans le Registre National de population. Les personnes résidant dans une institution (telle qu'une prison, une maison de repos ou une communauté religieuse) ont été exclues en raison de leur liberté moindre en matière de choix alimentaires. Les personnes ne maîtrisant pas suffisamment le français ou le néerlandais ont également été écartées.

L'objectif initial consistait à interroger 3 200 personnes. La sélection de l'échantillon a été réalisée sur base d'une stratification provinciale afin de garantir la répartition géographique des personnes interrogées. Pour ce faire, une ventilation du nombre de personnes à interroger a tout d'abord été effectuée entre les trois régions belges (Flandre, Wallonie et Bruxelles) en fonction de leur taille. Le nombre de personnes retenues dans chaque province a ensuite été fixé en fonction du nombre total d'habitants de celle-ci. La sélection des villes ou communes, dans chaque province, a été réalisée de manière à ce que les grandes villes comme les plus petites communes soient représentées. Au sein de chaque ville/commune, un groupe de 50 personnes a été choisi au hasard (au sein du Registre National de population) ; chaque groupe de 50 personnes était composé d'individus appartenant à différentes strates de sexe et d'âge. L'échantillon final était constitué de 64 groupes de 50 personnes, répartis dans les dix provinces et la région de Bruxelles-Capitale. La participation à l'enquête de consommation alimentaire n'était pas obligatoire. 37 % des individus contactés ont accepté de participer.

Travail de terrain et questionnaires

Au total, 3 461 personnes ont été interrogées à domicile. Le travail de terrain a démarré le 1^{er} février 2014 pour se terminer le 21 mai 2015. Les questionnaires utilisés se structurent en sept parties. Les questions ont été posées aux participants lors de deux interviews menées par des enquêteurs ayant suivi une formation spécifique.

La première partie concerne les données sociodémographiques, le mode de vie et les habitudes alimentaires du participant.

Les **données sociodémographiques** comprennent l'âge du participant, son sexe, son niveau de formation, son emploi actuel, de même que sa composition de ménage. Les informations relatives au mode de vie et aux habitudes alimentaires incluent des thématiques telles que la durée de préparation et de consommation des repas, la prise des repas en famille, l'utilisation de sel (iodé) ou encore la consommation de produits bio. Ces données ont été collectées auprès des répondants par le biais d'un entretien en face-à-face assisté par ordinateur (Computer Assisted Personal Interview, CAPI).

Les données de **consommation alimentaire** ont été collectées à partir de rappels de consommation alimentaire de 24 heures réalisés au moyen du logiciel GloboDiet®. Le rappel de 24 heures consiste à collecter l'information sur l'ensemble des aliments et des boissons consommés par la personne interrogée – de même que leurs quantités – durant les 24 heures ayant précédé l'interview. Afin de pouvoir estimer la consommation alimentaire habituelle (c'est-à-dire la consommation moyenne des aliments sur une période de longue durée) à l'aide d'un modèle statistique, un minimum de deux rappels alimentaires de 24 heures non-consécutifs est nécessaire. L'ensemble des rappels doivent être étalés sur les différents jours de la semaine et les quatre saisons. Le logiciel GloboDiet® a été adapté aux spécificités belges. Bien que ce logiciel permette une collecte standardisée des données, des connaissances avancées en nutrition sont nécessaires de la part de l'enquêteur ; c'est pourquoi, seul(e)s des diététicien(ne)s ayant suivi une formation spécifique ont été recruté(e)s.

De plus, la **fréquence de consommation** d'une série de 79 aliments au cours des douze derniers

mois a été enregistrée pour chaque participant au moyen d'un questionnaire de fréquence de consommation alimentaire (Food Frequency Questionnaire, FFQ). Ce questionnaire a pour objectif d'identifier les individus ne consommant jamais certains aliments afin de pouvoir en tenir compte lors de l'étape de modélisation statistique de la consommation alimentaire habituelle. Ces données ont été collectées au moyen d'un questionnaire écrit remis aux participants. La quatrième partie concerne la **santé des participants** ; ces données ont été collectées au moyen d'un questionnaire écrit auquel la personne interrogée a répondu de manière confidentielle. Ce questionnaire traitait de thématiques telles que l'état de santé subjectif, l'attitude vis-à-vis de son poids, les troubles du comportement alimentaire, le développement de la puberté (pour les adolescent(e)s) et la présence de certaines maladies liées à la nutrition (telles que le diabète). Le **degré d'activité physique** et le comportement en matière de sédentarité des participants ont été étudiés au moyen de questionnaires d'auto-évaluation variant selon l'âge des participants. Ces questions ont été posées lors d'un entretien en face-à-face assisté par ordinateur (CAPI). De manière complémentaire, les enfants et adolescents ont été invités à porter un accéléromètre¹ durant une semaine complète et à remplir un journal de bord pour y retranscrire les activités effectuées lorsqu'ils ne portaient pas l'accéléromètre. Ces appareils ont permis de réaliser une mesure objective du niveau d'activité physique. Des informations **concernant les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de sécurité alimentaire** des participants ont également été collectées. Ces questions ont été posées à la personne habituellement chargée de la préparation des repas, lors d'un entretien en face-à-face assisté par ordinateur (CAPI). Enfin, des **mesures anthropométriques** ont été réalisées : le poids, la taille et le tour de taille des participants ont été mesurés par l'enquêteur selon des procédures standardisées.

Analyses et interprétation des résultats

L'analyse des données issues du travail de terrain et le calcul d'indicateurs ont été réalisés par module, c'est-à-dire selon différentes thématiques bien spécifiques (par exemple, le lieu

1. Petit appareil permettant de mesurer l'activité physique.

de consommation des repas ou la consommation de produits bio). Les résultats ont été pondérés afin d'être représentatifs de la population cible. Pour chaque module, les résultats ont été présentés au niveau de la Belgique dans son ensemble. Ils ont ensuite été analysés et comparés en fonction du genre, de l'âge, du niveau d'éducation, de la région de résidence et, lorsque c'était possible, de l'année de l'enquête. Les différences éventuelles entre différents sous-groupes de la population ont été vérifiées après standardisation des données pour l'âge et le sexe.

Régularité des repas

78 % des personnes ont pour habitude de prendre régulièrement (c'est-à-dire au moins cinq fois par semaine) un petit-déjeuner.

Les enfants (de 3 à 9 ans) et les adultes âgés de 51 à 64 ans sont les plus nombreux à déjeuner de manière régulière, à l'inverse des adolescents (de 10 à 17 ans) et des jeunes adultes (de 18 à 34 ans).

74 % de la population prend ses trois repas principaux de manière régulière.

Le 'dix heures' et le goûter sont les collations prises le plus régulièrement.

Plus de deux tiers de la population prend ses repas à heures fixes.

Temps de préparation et durée des repas

En moyenne, le temps de préparation des repas est de 7 minutes pour le petit-déjeuner, 15 minutes pour le dîner et 33 minutes pour le souper.

Les femmes et les adultes les plus âgés prennent davantage de temps pour préparer leurs repas.

En moyenne, les personnes prennent leur petit-déjeuner en 14 minutes, leur dîner en 21 minutes et leur souper en 26 minutes.

Les enfants, et plus particulièrement les plus jeunes, prennent davantage de temps pour consommer leur petit-déjeuner et leur dîner, tandis que les adolescents sont les plus rapides.

Lieu de consommation des repas

Le petit-déjeuner est pris à la maison dans 89 % des cas.

Le dîner est pris à la maison dans 55 % des cas et à l'école ou au travail dans 29 % des cas.

Le souper est consommé à la maison dans 86 % des cas.

Les hommes et les jeunes adultes (de 18 à 34 ans) prennent plus fréquemment leurs repas à l'extérieur.



Photo © Fotolia

Repas en famille et participation à la préparation des repas

78 % des personnes (de 10 à 64 ans) ont pour habitude de prendre au moins un repas par jour à table en famille.

28 % prennent deux repas par jour ou plus à table en famille. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes, les adolescents de 10 à 13 ans et les adultes de 51 à 64 ans, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et celles qui résident en Flandre.

Le pourcentage de personnes (de 15 à 64 ans) ayant un tour de taille trop élevé est passé de 25 % en 2004 à 34 % en 2014.

Un faible pourcentage de la population ne mange jamais à table en famille (ou uniquement le week-end ou lors de jours de fête).

La moitié des adolescents (de 10 à 17 ans) – parmi lesquels davantage de filles – participent à la préparation des repas.

Environnement familial et alimentation des enfants

Une majorité d'enfants (85 %) peuvent se servir librement de fruits ; en ce qui concerne les collations, par contre, seulement 35 % des enfants peuvent s'en servir librement.

La moitié des enfants choisissent librement le type d'aliments qu'ils désirent consommer et trois quart des enfants déterminent eux-mêmes les quantités de nourriture qu'ils consomment. La majorité des enfants prennent leurs repas en famille.

Dans 30 à 50 % des familles, on regarde la télévision au cours des repas.

Allaitement maternel

En moyenne, les enfants ont reçu un allaitement maternel exclusif durant 11 semaines.

22 % des enfants n'ont jamais été allaités de manière exclusive.

Le taux d'allaitement maternel exclusif est de 78 % à la naissance, 52 % à 12 semaines et 19 % à 24 semaines.

Les enfants dont les parents ont un niveau d'éducation supérieur ont été allaités de manière exclusive pendant une plus longue période.

IMC, tour de taille et ratio tour de taille/taille

45 % de la population âgée de 3 à 64 ans possède un IMC mesuré trop élevé : 29 % est en surpoids et 16 % est obèse.

Ces pourcentages augmentent avec l'âge ; ainsi, à partir de 35 ans, plus d'un tiers de la population est en situation de surpoids et plus d'un cinquième souffre d'obésité.

21 % de la population (de 3 à 64 ans) a un tour de taille 'limite' et 29 % un tour de taille trop élevé.

Le pourcentage de personnes (de 15 à 64 ans) ayant un tour de taille trop élevé est passé de 25 % en 2004 à 34 % en 2014.

55 % de la population (de 10 à 64 ans) possède un ratio tour de taille/taille supérieur ou égal à 0,5 et présente donc le risque de développer des maladies liées à l'obésité abdominale.

Attitude vis-à-vis de son poids

La moitié de la population souhaite garder un poids stable, le quart de la population désire maigrir et un quart de la population ne se soucie pas de son poids.

Quasiment toutes les personnes qui souhaitent maigrir ou garder un poids stable adaptent leur alimentation. La moitié d'entre elles choisissent également d'augmenter leur activité physique. La plupart des personnes qui désirent maigrir ou garder un poids stable le font de leur propre initiative.

Troubles du comportement alimentaire

4 % de la population pourrait souffrir de troubles du comportement alimentaire.

Régimes spécifiques

En Belgique, en 2014, 19 % de la population suit un régime alimentaire spécifique. Ce taux est plus élevé qu'en 2004.

Environ une personne sur vingt suit un régime hypocalorique. Les personnes souffrant d'obésité et de surpoids sont plus nombreuses à suivre ce type de régime.

Seul un faible pourcentage de la population suit

un régime pour des raisons de santé telles que le diabète, l'hypertension et l'hypercholestérolémie.

Alimentation bio

Deux belges sur trois consomment des produits bio.

Les produits bio sont considérés comme plus sains, ayant un meilleur goût et une qualité supérieure.

Les produits bio le plus souvent achetés sont les légumes, les fruits et les produits laitiers.

Les femmes, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et les personnes résidant en Wallonie consomment plus fréquemment des produits bio.

Le pourcentage de personnes consommant des produits bio a augmenté entre 2004 et 2014.

Utilisation de sel (iodé)

Seulement 13 % de la population adulte respecte la recommandation de ne jamais ajouter de sel, ni lors de la préparation des repas, ni à table.

La moitié de la population adulte ajoute du sel lors de la préparation des repas, 33 % en ajoute aussi bien lors de la préparation du repas qu'à table et 5 % en ajoute uniquement à table.

Seule une personne sur trois utilise du sel iodé.

Opinion sur les politiques nutritionnelles et les OGM

La majorité de la population est en faveur de politiques laissant un choix éclairé aux citoyens,

telles que l'éducation à l'alimentation dans les écoles et les campagnes d'information ciblant l'ensemble de la population.

78 % des personnes interrogées sont en faveur d'un changement du contenu nutritionnel des aliments afin d'en améliorer la qualité en matière de santé.

Près de la moitié de la population a une opinion positive vis-à-vis des taxes visant les aliments nocifs pour la santé ; 74 % est en faveur d'un système subsidiant les aliments sains.

64 % de la population est en faveur d'une réglementation de la publicité en ce qui concerne l'alimentation.

La majorité de la population souhaite une meilleure information et un étiquetage clair vis-à-vis des OGM. 15 % seulement des personnes interrogées considèrent que les OGM sont sans danger pour la santé.

Bel S, Lebacqz T, Ost C, Teppens E. Rapport 1 : Habitudes alimentaires, anthropométrie et politiques nutritionnelles. Résumé des principaux résultats. In : Ost C, Tafforeau J. (ed.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

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

VU POUR VOUS

Un dessin animé pour promouvoir les services des CLPS wallons

Comment traduire des concepts abstraits en un message clair

Carole Feulien

Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) d'abord agréés et subsidiés par la Fédération Wallonie-Bruxelles et depuis peu par les régions, proposent un accompagnement des acteurs locaux dans le développement et la valorisation de leurs projets et actions en promotion de la santé. Mais concrètement, qu'est-ce que cela signifie ?

Pour permettre aux professionnels de mieux comprendre leurs missions, l'ensemble des CLPS wallons ont récemment réalisé un court

film d'animation avec l'aide de l'asbl *Camera-etc.* **Maryline Nicolet**, directrice du Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon,

activement impliquée dans le projet, répond à nos questions.

Éducation Santé : Pouvez-vous brièvement

décrire pour nos lecteurs qui ne l'auraient pas encore vu en quoi consiste le dessin animé que vous avez réalisé ?

Maryline Nicolet : Cette vidéo d'une durée d'un peu plus de trois minutes, financée par les CLPS, présente leur offre de services en Wallonie. Elle met en lumière l'accompagnement méthodologique, l'organisation de temps de rencontre et de formations, la connaissance du réseau local et la mise à disposition d'un centre de documentation. Cette capsule vidéo est présente sur YouTube¹ et sur les sites web des CLPS. Nous la diffusons aussi via nos lettres d'information électroniques et au sein de nouveaux réseaux locaux.



ES : À qui est-il destiné ? Quelle promotion en est faite ?

MN : Nous avons fait le constat que de nombreux professionnels sont peu informés de l'offre de service globale des CLPS. Certains d'entre eux nous connaissent via une porte d'entrée spécifique (leur participation à un temps de rencontre, une demande d'accompagnement pour un projet, la recherche d'un outil...) mais ils connaissent souvent mal l'ensemble des services que nous proposons.

D'autres professionnels ne connaissent pas du tout les CLPS, cette capsule leur est aussi adressée. Enfin, depuis le transfert de compétences, les CLPS sont régulièrement amenés à se présenter auprès des instances politiques et des administrations, la capsule vidéo permet une entrée en matière plus concrète. En réalité, nous avons laissé tomber le classique diaporama 'PowerPoint' au profit de cette capsule.

ES : Pourquoi un dessin animé, qui n'est pas forcément un format classique pour faire de la promotion de services ?

MN : C'est un avis très personnel, mais en promotion de la santé nous ne sommes pas les champions de la communication. Certes nous n'avons pas les mêmes moyens que les multinationales mais nous avons un langage

complexe, chargé de nombreuses interprétations. Nous pensons que le dessin animé est un outil de communication actuel, ludique et plus accessible qu'une brochure.



ES : Comment les contenus ont-ils été construits ? Pour quel type de méthodologie avez-vous opté ?

MN : Un groupe composé de personnes issues de trois CLPS a collaboré avec l'asbl liégeoise Camera-etc². Nous avons eu la chance de travailler avec une très chouette équipe, le directeur, **Jean-Luc Stock**, pour le travail scénaristique et **Simon Médart** qui s'est chargé de l'illustration et l'animation.

Nous avons d'abord construit un scénario en choisissant des exemples très concrets de notre travail. Nous souhaitons mettre en lumière l'offre de services mais aussi la variété des professionnels rencontrés, et la diversité des thématiques abordées.

Ensuite, le scénario a été illustré et mis en mouvement par *Camera-etc*. Des allers et retours réguliers avec l'ensemble des CLPS ont eu lieu pendant les 6 mois de travail. Les choix graphiques ont été soumis à l'appréciation du groupe. Les messages essentiels ou ceux qui n'étaient pas suffisamment explicites via le dessin ont été rendus accessibles par l'utilisation d'une voix-off.



ES : Quelles difficultés avez-vous rencontrées alors ?

MN : Pour les CLPS, le plus difficile a été de limiter le nombre de messages à faire passer et pour *Camera-etc*, de les comprendre et de les illustrer ! C'est le travail avec un tiers qui a permis

de rendre plus compréhensibles les principaux messages à transmettre.



ES : À *Éducation Santé*, nous avons beaucoup apprécié ce nouveau support, qui parvient à traduire des concepts abstraits en un message clair avec des moyens relativement simples. Avez-vous déjà eu d'autres retours positifs ou plus critiques ?

MN : Nous avons majoritairement des retours positifs. Des professionnels nous ont dit que la capsule décrivait bien la globalité de notre offre de services. D'autres ont avoué avoir enfin compris le travail des CLPS ! Toutefois, certains trouvent que le travail avec le public jeune est davantage mis en évidence dans cette capsule, au détriment des professionnels travaillant avec les adultes ou les seniors. D'autres encore n'apprécient pas le graphisme qu'ils jugent trop 'enfantin'.



ES : Une expérience à renouveler ?

MN : Avec plus de moyens et de temps, on reprend la même équipe et on fait mieux ! Je ne peux pas parler pour tous mes collègues mais l'expérience fut pour moi très enrichissante. Nous avons dû apprendre à communiquer simplement. Nous nous étions fixé un timing, que nous avons tenu, un budget maximum aussi, mais les possibilités de production en matière d'animation sont infinies et étonnantes si on se donne les moyens de vouloir les explorer.

Les dessins illustrant cet article ne peuvent donner qu'une faible idée de l'ingéniosité du travail d'animation...

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=EfnXoJHGQ8>

² Camera-etc est un atelier de production où enfants, jeunes et adultes réalisent des films d'animation de manière collective, avec l'aide de professionnels : <http://www.camera-etc.be>.



ÉDUCATION SANTÉ

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

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 :

- Tabac : paquet neutre et interdiction totale de la publicité, par la *Coalition nationale contre le tabac*
- Des scénarios du futur pour des médicaments accessibles, par le *KCE*
- 'Réagir face à l'urgence' : près de 2 000 personnes formées, par *Cécile Jodogne*
- Faire entendre la voix des citoyens dans les décisions de remboursement des médicaments, par le *KCE*
- La Belgique, grande consommatrice d'antibiotiques malgré les campagnes de sensibilisation, *communiqué de l'UCL*
- L'asbl Ulysse, pour la reconstruction psychique des réfugiés, par *Cécile Jodogne*
- Lire son horoscope quotidien n'est pas sans conséquences!, *communiqué de l'UCL*
- L'assurance autonomie wallonne, par *Maxime Prévot*
- Bruxelles : la réduction des risques en matière de drogues (enfin) reconnue, par la *FEDITO Bruxelles*
- Drogues Santé Prévention n° 73 : le désir dans tous ses états, par *Christian De Bock*
- Santé conjugée n° 75 : la Concertation Aide alimentaire, par *Christian De Bock*
- Alcoolisme et toxicomanie : les hommes et les femmes sont-ils égaux ? par *Anne-Sophie Poncelet*

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

Sommaire

INITIATIVES

- 2 Comment transformer le spectateur en 'spectACTEUR' ? par *Muriel Durant*
- 5 Gérer sa santé : rêve ou réalité ? par *Christian De Bock*

STRATÉGIES

- 6 La Fédération wallonne de promotion de la santé, enfin!, propos de *Chantal Leva* et *Yves Gosselain* recueillis par *Christian De Bock*
- 8 La fonction consultative se met en place à Bruxelles, par *Christian De Bock*

LU POUR VOUS

- 9 Refonder la solidarité, un nouveau paradigme, une lecture de *Libérer et responsabiliser pour refonder la solidarité* de Christian Léonard, par *Hervé Avalosse*
- 11 Intersectorialité, par *Christian De Bock*

DONNÉES

- 11 L'enquête de consommation alimentaire 2014-2015, par *Christian De Bock*

VU POUR VOUS

- 14 Un dessin animé pour promouvoir les services des CLPS wallons, par *Carole Feulien*

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 : Hervé Avalosse, Muriel Durant, CNAT, FEDITO Bruxelles, Cécile Jodogne, KCE, Maxime Prévot, Anne-Sophie Poncelet, UCL.

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 : St John.

Tirage : 1 350 exemplaires. Diffusion : 1 250 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.

