

# ÉDUCATION SANTÉ

JUILLET-AOÛT 2015

313

*Souviens-toi  
l'été dernier...*  
Anne Le Pennec

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

[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Ne paraît pas en août - Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623 - Numéro d'agrégation: P40139 - Éditeur responsable: Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40, 1031 Bruxelles. Crédit photo: Fotolia. Fontaine à Besançon.





# INITIATIVES

## Souviens-toi l'été dernier

### Université d'été de santé publique de Besançon

Anne Le Pennec

**Je suis un rendez-vous de santé publique programmé chaque année au début de l'été dans la ville française qui a vu naître Victor Hugo. Lors de ma dernière édition en 2014, j'ai réuni pendant cinq jours une centaine d'intervenants francophones et 220 participants répartis dans douze modules de formation. L'intensité et la diversité des échanges que je produis se lisent dans *Le Temps de l'Université d'été*, le journal papier publié sur place quotidiennement. Je suis, je suis...**

Vous aurez certainement reconnu la description de l'Université d'été de santé publique de Besançon, qui depuis 2003 réunit autour d'un riche programme d'enseignement des acteurs de la santé publique et de la promotion de la santé, des élus et des usagers du système de santé. Un rendez-vous très couru d'après les chiffres de fréquentation et les échos recueillis auprès des participants. Année après année, la formation organisée par l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté, la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et leurs partenaires s'est taillée une solide réputation dans la communauté francophone. On vient de loin pour passer la semaine à Besançon : de toutes les régions de France métropolitaine mais aussi de Guadeloupe et de Nouvelle-Calédonie, de Belgique, de Suisse, du Québec, d'Haïti, du Burkina-Faso, de Côte-d'Ivoire, etc. Il faut dire que l'offre de formation est vaste. En 2014, elle était répartie autour de trois grands axes thématiques : politique et organisation de la santé, méthodes pour l'intervention et l'évaluation, approche par population, lieu de vie ou thématique.

L'organisation millimétrée de l'événement, orchestrée par une chargée de mission aux compétences unanimement saluées, y est aussi pour quelque chose. Les organisateurs tiennent à la diversité des profils et des institutions de rattachement des participants et décrivent ainsi leur ambition : *"Cette manifestation a pour but d'unir le potentiel de toutes les personnes concernées par les questions de santé publique dans le monde francophone, de favoriser la réflexion et les échanges autour d'expériences originales afin de répondre à des problématiques concrètes sur des sujets d'actualité."*

Les chargés de mission sont les plus nombreux. Ils côtoient des médecins et autres

professionnels de santé, des dirigeants, des coordinateurs et des enseignants-chercheurs. Pour la plupart d'entre eux, la semaine à Besançon est une parenthèse aux allures estudiantines. On a cours le matin et l'après-midi du lundi au vendredi midi. À la pause méridienne, on fait la queue au self et on déjeune sur l'herbe ou sous la grande tente dressée pour l'occasion sur le campus de la Faculté. Le mercredi après-midi, c'est quartier libre. Certains visitent la ville ou ses alentours pendant que d'autres s'approvisionnent en fromages locaux.

*Cette année encore, Besançon a lieu. Ainsi en ont décidé les organisateurs au terme d'une édition 2014 au bilan particulièrement positif.*

### Ce qui reste

Cette année encore, Besançon a lieu. Ainsi en ont décidé les organisateurs au terme d'une édition 2014 au bilan particulièrement positif. *"L'évaluation conduite par questionnaires a révélé un des plus hauts niveaux de satisfaction exprimés par les participants depuis la création (8,4/10)"*, peut-on lire dans le bilan de la manifestation.

Quelques mois plus tard, nous avons voulu savoir ce qu'est devenu cet enthousiasme. Les effets de la formation continuent-ils de se faire sentir ? Comment les participants ont-ils exploité leurs acquis ? Autrement dit, que reste-t-il de Besançon et de son atmosphère une fois que la

vie professionnelle a repris son cours habituel ? Quatre d'entre eux, deux femmes et deux hommes, ont accepté de replonger dans leurs souvenirs pour mesurer le chemin parcouru depuis leur passage à Besançon l'été dernier. Parmi eux, il y a **Alice** (le prénom a été modifié à la demande de l'intéressée), chargée de projets en éducation pour la santé dans une Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), qui mesure sa chance : *"Je repense souvent aux personnes rencontrées dans mon module et à leurs diverses façons d'agir sur le terrain pour réduire les inégalités de santé"*, raconte-t-elle. *"Ces échanges m'ont vraiment aidée. Ils m'ont redonné confiance dans mon approche à un moment où je doutais."*

### Repartir avec une valise pleine

En 2014, les participants avaient le choix entre douze modules. **Élisabeth**, coordinatrice d'un atelier santé ville, revenait pour la 5<sup>e</sup> fois et suivait l'an passé l'enseignement centré sur les actions probantes. *"La formation est réellement de bon niveau, accessible financièrement et se déroule dans de bonnes conditions"*, explique-t-elle. *"J'y prends beaucoup de plaisir. Je fais des rencontres, j'élargis mon réseau. De vrais liens se tissent avec les participants et les intervenants. Ces personnes-là, je sais que je peux les interpeller si besoin. On se souvient de vous, de la manière dont vous participiez dans le module. J'ai aussi le sentiment de me maintenir à niveau intellectuellement, d'alimenter ma culture en promotion de la santé et de repartir avec une bonne valise et de la matière pour développer mon travail quotidien."*

Même constat chez **Michel**, bénévole investi dans une association de proches de malades psychiatriques et qui participait pour la première fois, invité par l'Agence régionale de santé

de Franche-Comté : *“J’ai pris énormément de notes”, confie-t-il. “Mon champ de connaissances s’est élargi et j’ai rencontré des personnes avec qui je vais pouvoir travailler dans mon association.”*

**Jean-Marc**, la petite trentaine, remarque quant à lui que cette formation a modifié son regard sur sa propre pratique. Interne de santé publique, il avait une vue très théorique des inégalités sociales de santé (ISS) à son arrivée à Besançon. *“C’est une notion présente dans les rapports, presque un élément de langage plus que des actions.”* Aussi se réjouit-il d’avoir eu l’occasion de *“baigner dans une approche de santé publique peu présente dans les politiques publiques et d’avoir eu accès à des pratiques et à du factuel plutôt qu’à des discours”*.

Certes, il n’a *“pas eu de déclic”* et sait bien qu’il n’existe pas de solution magique pour réduire les ISS. Mais le jeune médecin se sent à présent mieux armé pour agir car plus conscient des enjeux et riche des pratiques partagées au cours de la semaine.

*“Les ISS sont souvent caricaturées avec pour unique cible les populations précaires, quand c’est tout un gradient de population qu’il faudrait considérer pour être efficace. En entendant parler d’actions centrées sur l’enfance en Belgique et au Québec, je me suis aperçu que nous le faisons peu en France. Pourquoi ne pas essayer ?”*

## Échanges à gogo

La pédagogie active chère à l’Université d’été de Besançon se traduit par toute une gamme d’invitations à l’échange : échanges d’expériences, de pratiques, d’opinions. Côté enseignement, les interventions magistrales alternent donc avec des travaux en ateliers privilégiant la présentation par les participants de leur expérience personnelle en lien avec la thématique abordée. Les intervenants se succèdent – universitaires, chercheurs, professionnels. *“Dans mon module sur l’éducation thérapeutique”,* raconte Michel, *“il y a eu l’intervention d’un médecin lui-même atteint de la maladie de Parkinson, qui m’a beaucoup marquée. La charge émotionnelle était forte et j’ai identifié dans son discours beaucoup de points communs avec la maladie psychique. Ce sont des maladies honteuses, qui font peur aux familles.”*

L’incitation au partage ne s’arrête pas aux portes des modules. Des stands de documentation

tenus par des partenaires tels que l’Inpes et la Société française de santé publique (SFSP) présentent une sélection de publications en lien avec les parcours d’enseignement.

Deux fois par semaine, des controverses ont lieu à l’heure du déjeuner, histoire de mettre en débat quelques thématiques d’actualité en santé publique. *“Cela permet de se faire sa propre opinion sur chacun des sujets”,* apprécie Élisabeth.

Concrètement, deux invités déroulent tour à tour leur point de vue puis dialoguent avec l’assemblée, sous l’œil avisé d’un modérateur. C’est ainsi que la française **Catherine Cerisey**, co-fondatrice de la société de conseil en santé Patients&Web, a donné la réplique au belge **Gaëtan Absil**, chercheur à l’APES (Université de Liège), dans un amphithéâtre plein à craquer. Objet du débat : la place des réseaux sociaux dans la fabrique de la démocratie en santé.

Deux jours plus tard, **Agnès Bocognano**, directrice déléguée santé à la Mutualité française s’opposait à **Stéphane Rossini**, professeur en administration publique et sciences sociales et député à l’Assemblée fédérale suisse sur la nécessité de responsabiliser l’assuré afin de mieux maîtriser les dépenses de santé.

## Storytelling et autres prolongements

Et puis il y a le journal, *Le Temps de l’Université d’été. “L’information au cœur de la formation”,* disaient les organisateurs. La petite équipe de joyeux rédacteurs fidèles à leur mission depuis plusieurs années, publie chaque matin son A3 recto-verso, dût-elle y passer la nuit.

La gazette raconte le présent de la veille, invite au questionnement et à la réflexion sur le secteur de la promotion de la santé, dresse le portrait d’une personnalité attachante ou surprenante croisée dans les couloirs.

La rédaction a ses ‘indics’, un réseau de correspondants bénévoles issus des différents modules et agissant au vu et au su de tous. Chaque jour, tandis que leurs camarades de formation s’en vont faire la queue au self, eux dégustent leur plateau-repas dans la salle de rédaction pendant la conférence éponyme. Ils racontent une anecdote, donnent leurs impressions sur la session du matin, suggèrent des sujets, citent quelques noms. Élisabeth, qui s’est essayée à l’exercice une fois, avoue avoir aimé mais également regretté que la tâche l’empêche de déjeuner avec son groupe. Alice



a quant à elle *“beaucoup écouté et trouvé les échanges intéressants”*.

Pour l’Université d’été de Besançon, 2014 était aussi l’année des premiers pas sur Facebook. Une expérience tentée dans l’espoir de donner une dimension nouvelle aux échanges entre participants mais aussi d’élargir la chambre d’échos de la manifestation.

Le faible nombre d’interactions sur la page laisse à penser que les participants comme les ‘extérieurs’ n’étaient pas au rendez-vous. Difficultés de connexion à Internet sur place ; manque de préparation et de communication en amont ; densité des échanges réels pendant la semaine qui auraient focalisé toute l’attention des participants, désintérêt voire crainte des acteurs de la promotion de la santé vis-à-vis des médias sociaux... Nombreuses sont les explications possibles, qui mériteraient d’être creusées en renouvelant l’expérience sur un temps plus long.

Pour sûr, l’Université d’été de santé publique de Besançon n’a pas fini de se couper en quatre pour susciter les échanges au sein de la communauté des intervenants francophones en promotion de la santé. À l’instar de votre mensuel préféré, soit dit en passant.

Cette année, elle a lieu du 28 juin au 3 juillet. Pour en savoir plus sur l’Université d’été de santé publique de Besançon : <http://www.ars.sante.fr/Programme-2015.156653.0.html>

Page Facebook 2014 :

<https://www.facebook.com/univetebesancon>

# Développement durable et promotion de la santé : vers une sainte alliance

Jean-Michel Lex, Coordinateur de projets en éducation et formation au développement durable

Pascale Dupuis, correspondante Éducation Santé au Québec, a publié un très intéressant article dans le numéro 295 de décembre 2013. Sous le titre 'Développement durable et promotion de la santé : une alliance tumultueuse'<sup>1</sup>, l'auteure nous y livre un tableau de l'impressionnante réflexion faite outre Atlantique sur les rapports entre les deux concepts, portés chacun par des chercheurs, des études qui donnent à voir un va-et-vient intellectuel riche, fécond et qui laisse rêveur...



Cela nous a donné envie de reprendre le débat soulevé, de le confronter à une production didactique –les 'Cahiers du Développement Durable' – qui a vu le jour en Fédération Wallonie-Bruxelles et de poser quelques jalons supplémentaires sur le chemin d'une approche systémique des questions de santé et d'avenir de l'humanité dans ses rapports avec la planète.

Le grand mérite de l'article de **Pascale Dupuis** est d'avoir brossé largement l'essentiel des enseignements de ces parcours, tant pour le concept de promotion de la santé depuis la charte d'Ottawa en 1986 que pour le développement durable, tel qu'il a émergé du rapport Brundtland dès 1989.

Je m'inscris dans ce même cadre de référence et propose une réflexion en trois temps :

- peut-on tenter une approche systémique de problématiques humaines actuelles et tirer de cette approche une stratégie pédagogique en vue d'un concept d'éducation global et généralisable ?
- qu'avons-nous voulu faire en rédigeant les 'Cahiers du Développement Durable (CDD)' et en quoi l'outil peut-il rencontrer les attentes des acteurs de l'éducation pour la santé ?

- à quelles conditions rassembler les acteurs des différents champs éducatifs impliqués dans le changement paradigmatique de l'éducation et de la formation qui se profile ? Car il s'agit, ni plus ni moins, de développer des comportements individuels et collectifs inédits dans un monde globalisé comptant 9 milliards et demi d'individus dans un contexte de rareté croissante des ressources.

## Approche systémique et stratégie pédagogique

### Vraiment pour tous

Il est de plus en plus difficile d'admettre que des enfants et des jeunes passent à côté d'une véritable éducation (voire formation) au développement durable et à ses composantes essentielles que sont la santé, la citoyenneté, l'environnement et la solidarité intra et intergénérationnelle. Avec quelques établissements scolaires convaincus de cette approche globale nous plaidons pour cette généralisation.

Il est tout simplement inacceptable qu'en fonction du choix de l'école, le jeune ait ou non la possibilité d'être mis en situation d'appréhender la complexité du monde et d'en penser de manière critique les choix et les orientations politiques, technologiques, scientifiques, culturelles et éthiques.

### Apprendre à penser le global et à appréhender le complexe, autrement dit : réfléchir et agir (dans) le monde

Les Nations Unies à travers leur agence chargée des questions d'éducation (UNESCO) ont opté pour placer l'éducation au développement durable tout en haut

des priorités pour l'humanité. Décennie de l'éducation au développement durable (2005-2014), objectifs du Millénaire, éducation tout au long de la vie pour tous et inclusive et, plus récemment, le 'Programme d'action global pour l'éducation en vue du développement durable' pour l'après 2014, la Déclaration de Nagoya ainsi que la Déclaration ministérielle de Lima sur l'éducation et la sensibilisation de décembre 2014, en sont les principaux signaux.

Toutes ces questions ne sont pas assez présentes dans les structures éducatives. Celles-ci restent très instrumentalisées par un modèle économique tourné vers la compétition, la croissance et la consommation, qui ignore largement les limites de la biosphère et les conditions du vivre-ensemble. Modèle de plus en plus lourdement en panne qui se décline en crises sociales, environnementales, politiques et économiques.

Ces crises contemporaines ont des effets multiples sur la santé et le bien-être physique et psychique tant dans les pays à haut pouvoir d'achat que dans les pays émergents ou laissés pour compte : problèmes de santé mentale (peurs, craintes, replis, stress...) et physique (alimentation déséquilibrée, consommation malsaine en particulier chez les jeunes), souffrances liées aux conflits, aux guerres autour des ressources, réfugiés climatiques et environnementaux, mise à mal de la biodiversité et pollution des écosystèmes, etc.

Seule une éducation globale qui peut aider les jeunes à comprendre (prendre avec soi) et appréhender (prendre en main) la complexité du monde nous paraît à même de relever ce défi.

<sup>1</sup> Dupuis P., Développement durable et promotion de la santé : une alliance tumultueuse, Éducation Santé n° 295, décembre 2013, <http://educationsante.be/article/developpement-durable-et-promotion-de-la-sante-une-alliance-tumultueuse/>



## Les 'Cahiers du Développement Durable' (CDD)

Les CDD se présentent comme un outil didactique de 700 pages disponibles pour le premier volume en format papier et pour l'ensemble des quatre volumes sur le site internet [www.cahiers-dd.be](http://www.cahiers-dd.be). La création de cet outil a été rendue possible grâce à un financement du ministre de l'environnement de la Wallonie depuis 8 ans.

De nombreuses questions de santé y sont traitées. Le volume 1, '**Vivre**', est destiné au grand public et aux enseignants des cours généraux. Il aborde notamment les questions de répartition des richesses entre les humains et de réflexion sur les besoins fondamentaux, la croissance démographique et ses impacts écologiques et sociaux ainsi que les notions d'espérance de vie, d'accès à l'eau et aux soins de santé.

En deuxième partie, le volume 1 examine 10 thèmes à caractères environnementaux : les matières premières, les substances dangereuses, l'énergie, l'eau, l'air, le sol, la biodiversité, le climat, les déchets, la santé et l'environnement. Chacun aborde plusieurs aspects de la santé personnelle et collective et invite le lecteur à se pencher sur ses capacités d'action.

Le 2<sup>e</sup> volume '**Entreprendre de manière durable**' se penche sur l'entreprise et le monde économique. Il développe pour les 10 mêmes thématiques que le volume 1 l'ensemble des liens existants entre les dimensions économiques, sociales, humaines et environnementales.

Législations, bonnes pratiques, art de se poser les bonnes questions pour réduire les impacts négatifs de l'entreprise sur la santé de l'homme et de son environnement y sont abordés.

Le 3<sup>e</sup> volume '**Travailler de manière durable**' propose une véritable démarche d'intégration de l'ensemble de ces thématiques dans la pédagogie des enseignants, avec un accent tout particulier sur les cours techniques et de pratique professionnelle. En effet, nous savons tous en quoi nos adolescents de l'enseignement professionnel et technique sont en situation de risques multiples en matière de santé et de prévention des accidents et comportements dangereux.

Rendre le futur travailleur, quel que soit son métier, totalement actif dans la préservation de sa santé, de celle de ses condisciples et de notre environnement planétaire : tel est le propos de ce volume 3. La méthodologie met sans cesse l'accent sur la participation et le développement des compétences sociales tellement essentielles



pour un grand nombre de jeunes déjà fragilisés dans leur parcours scolaire et d'intégration. En ces temps où l'on s'interroge sur les questions de citoyenneté, n'est-il pas l'heure de prendre au sérieux la participation des jeunes à la construction de leur école et de la société ?

*À l'échelle d'un établissement scolaire, poursuivre une approche parcellisée des savoirs et compétences, c'est ne pas vouloir s'apercevoir que cela ne fonctionne pas ou de plus en plus mal.*

Le 4<sup>e</sup> volume '**Des points-clés sous la loupe**' comporte 40 fiches didactiques qui permettent d'approfondir les thèmes. Parmi ceux-ci les conditions de travail, le commerce équitable, la grille d'achat durable pour produits alimentaires et non-alimentaires, l'étiquetage de produits dangereux, la signalisation de sécurité et santé, etc.

En résumé, sans être un outil conçu dans le cadre de la promotion de la santé, les CDD proposent pourtant une multitude d'occasions de croiser les champs éducatifs que sont l'éducation à la citoyenneté, la promotion de la santé, l'éducation à l'environnement et l'éducation à la solidarité mondiale.

À l'échelle d'un établissement scolaire, poursuivre une approche parcellisée des savoirs et compétences, c'est ne pas vouloir s'apercevoir que cela ne fonctionne pas ou de plus en plus mal.

Partir d'un champ éducatif et prétendre à partir de celui-ci, pouvoir phagocyter tous les autres est tout aussi dommageable.

Nous plaçons donc pour une éducation globale, qui fédère toutes les approches, toutes les compétences, tous les acteurs publics et associatifs dans une démarche enfin décloisonnée.

### Quelques conditions pour réussir

J'en pointe cinq principales.

Une indispensable meilleure connaissance des approches spécifiques, des originalités, des contenus et priorités de chaque champ éducatif... par les autres. Je n'arrête pas d'être surpris depuis 30 ans par la grande ignorance que les uns et les autres ont de ce que font leurs voisins pourtant tout aussi généreusement impliqués dans l'éducation et l'émancipation des jeunes. La reconnaissance par chaque champ éducatif (et donc par les acteurs qui y sont engagés) que l'efficacité de chaque approche n'est possible qu'en synergie avec les autres. Non pas séparée des autres, non pas superposée aux autres mais bien menée conjointement avec les autres dans des approches méthodologiques concertées, co-construites qui placent en outre les apprenants en situation de recherche et de construction de savoirs. S'il y a encore bien sûr place pour de l'enseignement frontal, la part de celui-ci se réduit et cela se justifie d'autant plus que la part belle est laissée à des priorités d'auto-socio-construction des savoirs, des comportements et des compétences. Une mise à plat de chaque secteur sous l'autorité du service public qui vise à instaurer des critères de qualité sur les contenus comme

sur les démarches pédagogiques, en évitant le fonctionnement par campagne, par appels à projets toujours limités à des périodes données et des thématiques circonscrites. Ce mode de fonctionnement laisse entendre ou fait en sorte que l'actualité l'emporte sur le long terme, sur les processus réellement éducatifs et formatifs qui eux sont toujours nécessairement inscrits dans la durée.

En environnement, il y a le jour de..., la semaine du... et l'année des..., comme si chacun de ces thèmes n'était pas une question permanente.

En éducation pour la santé également on fonctionne souvent par campagnes et journée de ceci ou cela. Il en va de même au fond de chaque champ éducatif. Les établissements scolaires ont des missions permanentes avec un public partiellement renouvelé chaque année. Une approche intégrée dans les disciplines et développée régulièrement dans des démarches pédagogiques par projets, inter disciplinaires si possible, est porteuse de réussite.

Il y a sans doute lieu aussi d'affronter de face et en toute lucidité la question des financements. Réduire et éviter le financement de campagnes ponctuelles mais aussi assurer un financement récurrent aux missions retenues de manière à éviter les formes de concurrence, les doublons. Il est, par exemple, complètement improductif et irrationnel de devoir se battre sans cesse pour subsister comme acteur associatif alors que les missions reconnues sont réellement d'utilité publique.

Des avancées sont cependant à noter ces dernières années :

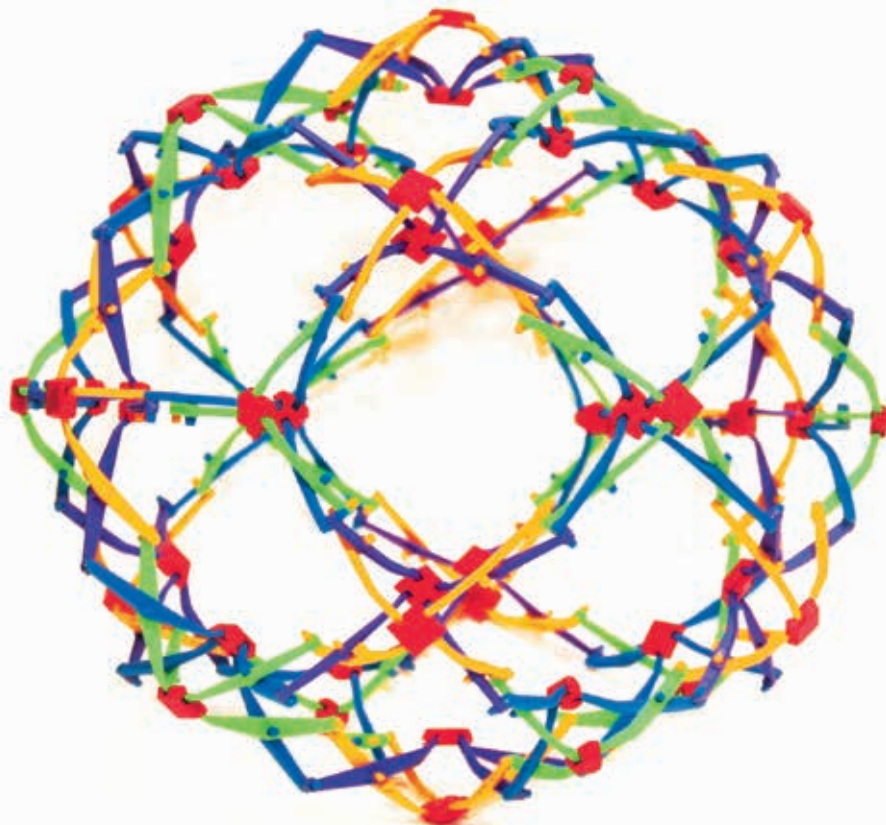
- la multiplication des approches croisées entre acteurs de champs éducatifs différents. Je salue ici le travail du Réseau Idée qui ouvre sa démarche aux acteurs de l'action sociale ou de la santé ;
- le récent décret wallon garantissant le financement de l'associatif ;
- les Assises de l'Éducation Relative à l'Environnement et au Développement Durable pilotées conjointement par la Fédération Wallonie-Bruxelles, les Régions et le Réseau Idée ;
- la création des Cellules bien-être, autant d'occasions pour développer une approche globale ;
- la volonté récente de la Fédération Wallonie-Bruxelles de développer une approche d'éducation à la citoyenneté qui déploierait sous un chapeau commun l'ensemble des champs



*Pour illustrer notre propos : une sphère didactique  
Le monde peut être présenté aux jeunes comme un hérisson  
infréquentable ou comme un avenir à inventer et dans lequel  
chacun selon ses compétences peut investir et inventer.*

◀ *Le monde hérisson qui fait peur...  
Une approche compartimentée qui mène au non-sens...  
Un monde déchiré, séparé, opaque...*

*ou un monde « vision » qui inspire  
ou une approche globale de la complexité qui fait sens  
▼ ou un monde à construire, réunir, éclairer.*



éducatifs considérés comme essentiels pour l'avenir de nos sociétés.

Pour être actif dans une école depuis 30 ans, il me faut insister enfin sur l'urgence de transformer l'école. Impossible ici d'évoquer ce chantier, sauf à rappeler que les contraintes et les rigidités des structures représentent un frein important à la mise en place de pédagogies dont j'ai effleuré ici quelques aspects. Un frein, mais pire, bien trop souvent une cause de mortalité de projets éducatifs de qualité entraînant encore trop souvent le départ d'enseignants généreux et compétents vers d'autres cieux.

Les CDD souhaitent contribuer à ce travail qui voudrait dans l'école montrer une voie possible, en ouvrant quelques portes entre les disciplines, entre les cours généraux, techniques

et de pratique professionnelle, entre les préoccupations de former et d'éduquer, ces deux grands domaines qui devront inspirer davantage de clairvoyance aux générations futures.

Au fond, la question ultime qui reste quand nous mettons en regard l'état de la planète et le sort futur de l'humanité reste bien : « Quels enfants laisserons-nous à notre terre ? »

*Adresse de l'auteur : Institut Robert Schuman,  
Route de Verviers 89-93, 4700 Eupen.*

*Courriel : jean-michel.lex@rsi-eupen.be.*

*Adresse de contact pour les Cahiers du développement durable : Jasmin Jalajel  
et Ingrid Collins, tél. : 0493 19 40 25.*

*Courriel : info@cahiers-dd.be.*

# PORTRAITS

## Marjolaine Lonfils et Denis Mannaerts, le yin et le yang de Cultures & Santé

Anne Le Pennec

**Elle termine ses phrases et admire son immense culture artistique. Il la taquine à l'envi mais reconnaît qu'en matière de promotion de la santé, elle lui a tout appris. Entre ces deux-là, la complicité saute aux yeux. Depuis quatre ans, ils dirigent ensemble l'asbl Cultures & Santé. Pour le meilleur et pour l'avenir.**

« Denis et moi avons deux points communs : nous sommes perfectionnistes et psychorigides », lance Marjolaine. Elle scrute sa réaction d'un air amusé. Comme si elle venait de révéler un grand secret et s'attendait à un retour de bâton. Lui, visage doux et sourire silencieux, se contente de s'appuyer sur le dossier de sa chaise en signe d'approbation, devinant qu'elle va poursuivre. Ce qu'elle fait évidemment : « On m'a déjà appelé Rigide Marjo ici. J'aime bien. Mais côté perfection, je n'atteins que 80 % de celle de Denis. »

Ils sont comme ça : habiles à manier l'ironie et sur la même longueur d'ondes. Leur complicité est un atout précieux dans l'exercice de leurs fonctions au sein de l'asbl Cultures & Santé. Ils y sont arrivés la même année voilà 7 ans et en assurent la direction conjointe depuis 2010. Sur le papier, il est le directeur et elle son adjointe. Dans les faits, les liens de subordination entre eux ont disparu au profit d'un jeu en duo dans lequel ils se sentent bien.

L'esperluette dans le nom de l'association est à leur image : porteuse de complémentarité et de solidarité. « Nous ne sommes pas systématiquement d'accord sur tout, loin de là. Mais on communique énormément. Cette organisation à deux têtes impose un rééquilibrage permanent et une prise de recul très profitables », observent-ils.

Marjolaine coordonne également le programme promotion de la santé de l'asbl, qui en compte deux autres, l'éducation permanente et la cohésion sociale. Dans la matinée, elle a réuni les trois responsables de projets de son pôle comme elle le fait régulièrement pour discuter des nouvelles demandes faites à l'asbl et suivre les actions en cours. « Nous avons la culture de la réunion. Pour se poser, parler de ce que fait chacun même si nos métiers et nos activités sont différents. Faire le point avec les autres est

essentiel pour donner du sens à nos actions et bâtir ensemble », juge Marjolaine. Ce n'est pas Denis qui la contredira, lui qui met un point d'honneur à ce que chacun perçoive le sens de son travail. Et elle de renchérir : « Notre mission de direction consiste à garantir le bon fonctionnement de l'association, c'est-à-dire avant tout des membres de l'équipe. À nous de soutenir leurs initiatives, de mettre de la cohérence dans tout cela... et de contribuer à leur bien-être, non pas pour être plus rentables mais comme un but en soi », conclut Denis. « Je ne suis pas certain que je pourrais être directeur ailleurs. Le milieu gestionnaire est en train de contaminer le monde associatif », déplore Denis. « Bien sûr que tu pourrais. Arrête d'être négatif ! » le coupe-t-elle.

*« La promotion de la santé ne s'adresse pas à des fleurs coupées dans un vase mais à toute la plante, racines incluses ! »*

*(Marjolaine et Denis)*

### De part et d'autre du bocal

Marjo (« On l'appelle toujours comme ça », précise Denis) a une longueur d'avance sur son binôme en matière de promotion de la santé. Héritage paternel, culture familiale. Petite fille, elle a vu défiler dans le salon de ses parents les ténors du secteur. Des personnalités engagées comme son médecin généraliste de père, le **D' Roger Lonfils**, et qui ont contribué à traduire en actes les mots de la charte d'Ottawa. La jeune fille opte pour des études en langues et

littératures romanes et se spécialise en ingénierie de formation. Enseignement, humanitaire, santé publique, elle hésite. En France où elle enchaîne les expériences professionnelles dans le monde associatif, elle travaille pour et avec des personnes en situation de handicap et des usagers de la santé mentale. Avant de renouer brièvement avec l'enseignement en Belgique, de rejoindre quelques mois l'asbl bruxelloise *Les Pissenlits* qui mène des actions en santé communautaire et finalement, de poser ses valises chez Cultures & Santé en 2007.

Denis a été embauché quelques mois auparavant comme documentaliste, un poste dans la droite ligne de sa formation universitaire. À l'époque, Cultures & Santé occupe à Bruxelles d'autres bâtiments et la documentation jouit d'un espace vitré. « On se fréquentait peu car j'étais à l'intérieur du bocal et Marjo à l'extérieur », ironise le jeune homme.

L'association a déménagé depuis pour s'installer rue d'Anderlecht, à deux pas de la gare du Midi. Passé la porte vert anis, ralliez la cour, tournez à droite et prenez l'escalier.

Au 1<sup>er</sup> étage, le centre de ressources documentaires et pédagogiques a pris des couleurs. Plus grand, il a aussi gagné en luminosité. « Denis a participé à sa conception et à son aménagement », explique son adjointe. *Aujourd'hui encore, il garde un pied dedans ».*

### La rencontre

2010. Cette année-là, Cultures & Santé est à un tournant. La direction est vacante et il faut écrire le programme de promotion de la santé pour le transmettre à la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui le finance. Denis aime rédiger et c'est naturellement vers lui qu'on se tourne. Marjolaine vient d'avoir un enfant, son deuxième. Elle prend sur son congé maternité pour mettre la main à la





pâte. « On a fait des réunions avec le maxi-cosy de ma fille au milieu de la table. Nous nous sommes trouvés comme duo à ce moment-là ». Leur tâche accomplie, chacun reprend sa place, à ceci près que Denis n'est plus documentaliste mais coordonne le programme d'éducation permanente. C'est alors que le conseil d'administration décide de désigner en interne une nouvelle direction. Portés par l'enthousiasme, ils se lancent en doublon. Depuis, Cultures & Santé n'a pas cessé de produire : des outils pédagogiques (affiches, publications, jeux de société, etc.), des formations à destination des relais auprès des adultes en situation de précarité, des ateliers d'écriture, des animations sur des thématiques de citoyenneté (emploi, système politique)... Objectif : améliorer la qualité de vie des populations dans une perspective d'émancipation individuelle et collective. Hors les murs, chacun vit sa vie. Denis a joué au foot pendant des années. Aujourd'hui il court. « Des marathons ! », précise Marjolaine. Sourire de connivence du sportif. Il fut un temps où la musique électronique tendance 'atmosphérique' et le monde de la nuit avaient aussi ses faveurs.

« C'était avant de travailler... ». À 33 ans, sa passion pour les stades côté spectateur – le hasard fait bien les choses, ce supporter du Sporting d'Anderlecht travaille dans la rue d'Anderlecht, cela ne s'invente pas – et celle de la musique classique en général et du piano en particulier perdurent. Marjolaine : « Denis a une culture artistique impressionnante. Il est intarissable sur le cinéma italien d'après-guerre ». Il rebondit et confirme : « C'est la grande époque du néo-réalisme où on s'intéressait à la vie des gens avec la volonté de mettre en avant certaines réalités sociales. Un nouveau langage cinématographique émerge et porte un discours d'éducation populaire. Les thèmes abordés – la place des personnes âgées dans la société, le déclassement, la lutte des places – sont encore très actuels. Tout comme la nécessité de fournir aux gens les éléments pour agir sur la société et la transformer. » Elle l'écoute, consciente de ses lacunes dans le domaine. Assez parlé de lui. « Toi tu es clarinettiste... », hasarde-t-il. Erreur : elle joue de la flûte. « J'entame ma 3<sup>e</sup> année de pratique. C'est ma zone de non-maîtrise et d'apprentissage,

ce que je réussis à m'octroyer entre mes deux vies professionnelle et familiale. Je fais encore beaucoup de technique. Il faut avoir conscience de tout, c'est épuisant. Et ma professeur parle un langage que j'ai du mal à comprendre. Un peu comme nous le faisons en promotion de la santé, avec nos termes et nos référentiels difficiles à s'approprier au début... »

## L'importance du langage

Au fil des années, Cultures & Santé s'est construit une expertise dans la communication adaptée envers des publics multiculturels et/ou peu scolarisés. Son directeur et sa directrice s'intéressent à la place de l'information dans la promotion de la santé. La question du langage et de son accessibilité les préoccupent. Ils ne sont pas les seuls. Au Québec, le concept de *littératie en santé* se développe depuis les années 90. Denis traduit : « Il s'agit d'un double mouvement qui consiste à augmenter la capacité de ceux qui maîtrisent moins la langue et à concevoir des informations qui les prennent en compte en travaillant sur un langage clair et la communication visuelle ». <sup>1</sup>

Cultures & Santé voudrait apporter sa pierre à l'édifice en définissant des critères de littératie en santé. Le projet a démarré au printemps dernier par un travail exploratoire : chercher ce qui existe comme bonnes pratiques en matière de langage clair, référencer les thématiques surinvesties ou au contraire peu abordées. « Nous nous trouvons tous dans un contexte d'informations pléthoriques mais qui souvent ne se suffisent pas à elles-mêmes. Il faut des relais, des médiateurs pour les interpréter », constate Marjolaine. Une deuxième phase consiste à aller au devant des usagers, dans les salles d'attente de maisons médicales par exemple, pour évoquer avec eux l'information en santé, le sens des mots et leur perception. Avec le souci de « rester au plus près de la parole authentique des gens », relève la jeune femme. Alors seulement des groupes de travail pourront être constitués pour réfléchir à la construction des messages, leur formulation et leur efficacité visuelle. La direction table sur la création du document méthodologique pour fin 2015. « Vraiment ? Je te trouve bien optimiste », se permet Marjolaine. Ses yeux bleu clair doutent. Elle entretient de longue date une relation d'affection avec les mots. « À l'université, j'adorais

1. Lire à ce sujet 'La littératie en santé : comprendre l'incompréhension', par Pascale Dupuis, Education Santé n° 309, mars 2015, <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>



*l'étymologie. On découvre beaucoup de choses en ouvrant les mots pour voir ce qu'ils cachent. Questionner à plusieurs le sens des termes 'santé', 'éducation' ou 'précarité', entre autres, cela permet de trouver des clés communes et d'en construire ensemble une signification. »*

Pour elle comme pour Denis, la promotion de la santé ne saurait se concevoir sans soutenir les initiatives locales permettant de réfléchir collectivement à 'ce qui fait santé'. « *Cela suppose d'infléchir les politiques et de renforcer les liens entre les secteurs. Or rares sont les acteurs politiques qui connaissent la promotion de la santé. Notre rôle est aussi de réactiver ces relais en allant à leur rencontre* », souligne Denis. D'où l'idée de parfaire les compétences de l'équipe francophone en néerlandais.

« *S'approprier cette langue est important pour évoluer dans le nouveau paysage institutionnel qui se dessine en promotion de la santé* », considère Denis. Des groupes de niveaux ont été constitués. Denis, qui a grandi dans une commune située sur la frontière linguistique, fait partie des forts. Marjolaine s'accroche.

## Consensus

L'heure tourne. Sur la table, Denis dépose une image. Une zone pavillonnaire en forme d'escargot. Au verso, un alignement d'arbres tous identiques taillés en boules parfaites fait de l'ombre à autant de maisons parfaites le long



d'une allée de bitume lisse. « *L'endroit s'appelle Sun City. Il s'agit d'une de ces villes américaines créées spécialement pour les aînés qui ont les moyens de se payer ce genre de prestations* », décrypte Denis. « *On nous fait croire que c'est ça la santé : un environnement aseptisé, sorti ex nihilo, réservé à des privilégiés et où tout est à portée de main. Une belle illusion...* »

« *Il s'en dégage quand même une certaine harmonie* », rétorque Marjolaine. « *Et puisqu'il n'y a que quelques axes, ils sont obligés de se rencontrer* ».

Denis : « *Il manque plein de choses et surtout*

*l'essentiel : la diversité, l'inclusion, la créativité, les aspérités* ».

Ils finissent par tomber d'accord : « *La qualité de vie que l'on défend est celle qui touche tout le monde, qui inclut les personnes et qui s'intéresse autant aux comportements individuels qu'à l'environnement qui les sous-tend* ».

Et de résumer leur conviction par cette métaphore aussi printanière que la teinte de la porte cochère de Cultures & Santé :

« *La promotion de la santé ne s'adresse pas à des fleurs coupées dans un vase mais à toute la plante, racines incluses !* »

# DONNÉES

## L'Enquête de santé par interview 2013

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

### Introduction

**Pour mieux décider des orientations à donner à leurs politiques, les ministres responsables de la santé publique en Belgique aux niveaux fédéral, régional et communautaire ont commandité en 2013 l'organisation d'une cinquième enquête de santé. Par souci de cohérence et d'économie d'échelle, ils ont décidé de réaliser en commun cette enquête et ont pour ce faire mandaté une seule et même institution. L'organisation de cette enquête de santé publique a été confiée à l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).**

L'Enquête de santé s'adresse à toutes les personnes qui résident dans le pays, sans restriction d'âge ou de nationalité. Parmi les 8.850 ménages sélectionnés qui ont pu être

contactés par un enquêteur, 5.049 (57 %) ont marqué leur accord de participer à l'enquête.

Au total, 10.829 personnes ont été interrogées par le biais d'une interview structurée réalisée

à domicile : 3.512 personnes résidant en Région flamande, 3.103 personnes résidant en Région bruxelloise et 4.214 personnes résidant en Région wallonne. Des estimations

représentatives au niveau du pays et de chacune des régions peuvent être obtenues grâce à la pondération des données collectées.

## Méthodologie

Bien que la Belgique dispose déjà de nombreuses informations en matière de santé publique, une enquête de population permet d'apporter une plus-value considérable pour les raisons suivantes :

- elle offre une description de l'état de santé de la population dans son ensemble, et ce du point de vue des personnes qui sont elles-mêmes concernées ;
- l'information touche l'ensemble de la population, y compris les personnes qui n'ont pas recours, ou rarement, aux services de soins ;
- elle offre également la possibilité d'établir un lien entre toute une série de facteurs liés à la santé ;
- enfin, le fait de répéter l'enquête de manière périodique permet de suivre dans le temps l'évolution des indicateurs de santé et de leurs déterminants.

Les résultats de l'Enquête de santé par interview doivent être interprétés dans un cadre précis. Tout d'abord, il existe une composante subjective (il s'agit de ce que les personnes interrogées ont bien voulu déclarer). Par ailleurs, il faut rappeler que les résultats sont extrapolés sur la population totale à partir d'un échantillon, ce qui implique une certaine marge d'erreur. Ce phénomène est lié au fait que la représentativité de l'échantillon ne peut jamais être garantie à 100 %, et ce malgré tous les efforts consentis pour en améliorer la qualité. Il est lié aussi à des raisons d'ordre purement statistique.

Il est également important de mentionner que les résultats sont des estimations ; ces dernières peuvent être légèrement différentes de ce qu'on aurait obtenu si on avait interrogé l'ensemble de la population. Ceci est d'autant plus vrai que le nombre de personnes sur lequel on se base pour présenter les résultats est relativement faible.

Dans l'Enquête de santé 2013, 10.829 personnes ont été interrogées par le biais d'interviews structurées à domicile durant toute l'année 2013. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi tous les habitants du pays. Les résultats donnent donc une image représentative de la santé de la population. Toutes les personnes reprises dans le Registre national de la population faisaient partie de la

base de sondage, à l'exception des personnes qui résidaient dans une institution (sauf les personnes vivant dans une maison de repos ou de repos et de soin), une communauté religieuse de plus de huit personnes ou une prison.

Le profil de l'échantillon au point de vue démographique a suivi autant que possible celui de la population totale de la Belgique. La sélection aléatoire des ménages a été faite sur la base du Registre national de la population, après stratification par région, par province et par commune (échantillonnage systématique).

L'échantillon de base était de 3.500 en Flandre, 3.500 en Wallonie et 3.000 à Bruxelles. Au sein de chaque région, le nombre de personnes sélectionnées par province était proportionnel au nombre total d'habitants de chacune d'elles.

En outre, les provinces qui le souhaitent pouvaient contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire pour obtenir des estimations plus précises au niveau de leur propre population. La Province du Luxembourg a fait valoir son droit en la matière en finançant 600 interviews supplémentaires. Ce qui signifie que le nombre total de participants prévus en Région wallonne était de 4.100 participants.

*Il est important de mentionner que les résultats sont des estimations ; ces dernières peuvent être légèrement différentes de ce qu'on aurait obtenu si on avait interrogé l'ensemble de la population.*

Le mode de sélection des villes ou des communes dans chaque province a été adapté de façon telle qu'aussi bien les grandes villes que les petites communes puissent être représentées. Dans chaque ville ou commune sélectionnée, au moins 50 personnes devaient être interrogées. Pour atteindre cet objectif, des ménages ont été sélectionnés et, au sein de chaque ménage, quatre personnes au maximum devaient être interrogées.

La personne de référence du ménage et, le cas échéant, le/la partenaire devaient toujours figurer parmi les personnes interrogées. Au final

3.512 interviews ont été réalisées en Région flamande, 4.214 en Région wallonne et 3.103 en Région bruxelloise.

Afin de produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays, mais aussi au niveau de chaque région, un facteur de pondération a été attribué à chaque individu qui a participé à l'enquête. Ce facteur est calculé sur la base de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, de la commune, de la province, de la région et du trimestre au cours duquel l'interview a eu lieu.

Le but poursuivi est bien entendu d'obtenir un échantillon dont la composition soit aussi proche que possible de la composition de la population belge ; il n'est cependant pas possible de réaliser un échantillon totalement représentatif. Par exemple, les personnes qui ne sont pas inscrites au niveau du Registre national de la population ne sont bien entendu pas reprises non plus dans l'échantillon. Par ailleurs, certains ménages n'ont pas pu être contactés.

Enfin, la participation à l'enquête n'étant pas obligatoire, 57 % seulement des ménages qui ont pu être contactés ont accepté de participer à l'enquête. 43 % des ménages contactés ont donc refusé de participer à l'enquête pour différentes raisons, le plus souvent par manque d'intérêt ou de temps<sup>1</sup>.

En prévision de ces refus, et afin de produire malgré tout des résultats de qualité, des ménages de remplacement ont été sélectionnés dès le départ pour chaque ménage qui devait participer à l'enquête. Ces remplaçants ont été sélectionnés en fonction de caractéristiques similaires au ménage de départ : habiter la même commune, avec le même nombre de personnes dans le ménage et le même âge pour la personne de référence. Dès qu'un ménage s'avérait injoignable (après plusieurs tentatives de contact) ou refusait de participer, un ménage de remplacement était choisi.

Le questionnaire de l'Enquête de santé comporte trois parties :

- la première consiste en une collecte d'un nombre de caractéristiques du ménage : sa composition, le revenu mensuel, les dépenses de santé, etc. Toutes les questions étaient posées par l'enquêteur à la personne de référence ou à son/sa partenaire ;
- la deuxième partie concerne l'état de santé et la consommation de soins des individus.

1. Les recommandations européennes sont de 30 % de refus.



Les questions étaient aussi posées par l'enquêteur à chaque membre (sélectionné) du ménage. Si la personne n'était pas en état de répondre elle-même, pour cause de maladie ou d'absence prolongée par exemple, ou si elle était âgée de moins de 15 ans, une autre personne répondait à sa place, le plus souvent un autre membre du ménage ;

–enfin, chaque participant âgé de 15 ans et plus remplissait lui-même un questionnaire concernant des sujets plus sensibles comme la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, etc.

Dans le cadre de l'Enquête de santé 2013, les informations qui concernent les deux premières parties du questionnaire ont été, pour la première fois, collectées auprès des répondants via un entretien assisté par un ordinateur (CAPI, Computer Assisted Personal Interview). Grâce à un programme développé dans l'application Blaise®, les enquêteurs n'utilisent plus les questionnaires papier comme ce fut le cas pour les enquêtes précédentes. Cette technique permet de faciliter leur travail, réduit le risque de perte des questionnaires et diminue le risque d'erreur lors de l'encodage des données. En ce qui concerne la troisième partie (l'auto-questionnaire), il n'y a pas eu en 2013 de modification de l'approche utilisée pour la collecte de ce type de données, laquelle repose toujours sur l'utilisation de questionnaires papier.

## Les principaux résultats

### Santé subjective

La santé subjective est une thématique qui est très souvent abordée dans les enquêtes de santé. Ce concept repose sur l'appréciation réalisée par l'individu lui-même de sa propre situation. Il s'agit donc d'une approche totalement subjective qui semble toutefois englober tant la santé physique que la santé psychique et la vie sociale.

Un grand nombre de publications ont permis de démontrer qu'il existe un lien étroit entre la santé subjective et la présence de maladies, la consommation de soins et la mortalité.

Voici ce que cela donne.

22,1 %, soit plus d'une personne sur cinq en Belgique déclarent que leur état de santé est moyen, mauvais ou même très mauvais.

L'appréciation de l'état de santé est toujours moins favorable chez les femmes que chez les hommes, mais la différence est plus faible que par le passé.



Photo © Fotolia

Mauvaise santé et âge avancé vont de pair.

Il existe un lien très clair entre état de santé et niveau social.

Les Flamands sont en général plus satisfaits de leur état de santé mais la différence avec la Wallonie diminue.

La proportion de personnes en mauvaise santé diminue lentement au fil du temps.

### Maladies chroniques

Les maladies chroniques concernent en premier lieu les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les pathologies respiratoires chroniques et le diabète. Toutefois, de nombreuses autres maladies comme les problèmes psychiques, l'arthrose, les affections rénales, etc. font également partie de ce groupe. Les maladies chroniques ont des conséquences spécifiques sur le fonctionnement au quotidien et la mesure dans laquelle il est nécessaire de faire appel aux soins de santé. L'Enquête de santé fournit des informations sur la présence des maladies chroniques dans la population générale en se basant sur les déclarations des patients. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic médical. Toutefois, les données de l'enquête sont d'une grande importance, parce qu'elles fournissent des indications sur le fait que les personnes estiment être ou non atteintes d'une maladie chronique. En outre, elles sont souvent la seule source d'information sur l'ordre de grandeur des problèmes de santé dans la population générale.

Plus d'une personne sur quatre âgée de 15 ans et plus indique souffrir d'une maladie chronique, définie dans l'Enquête de santé comme une

maladie de longue durée, une affection de longue durée ou un handicap.

Les maladies chroniques les plus fréquentes – tant dans la population générale que chez les personnes de 65 ans et plus – sont les douleurs au bas du dos, l'arthrose, l'hypertension artérielle ainsi que l'hypercholestérolémie.

Entre 1997 et 2013, le nombre de personnes souffrant d'hypertension artérielle, de diabète, d'arthrose et de troubles thyroïdiens a augmenté de façon systématique dans la population générale.

La plupart des maladies chroniques sont plus fréquentes chez les personnes avec un niveau d'éducation faible que chez les personnes avec un niveau d'éducation supérieur. Toutefois, l'allergie est plus fréquente chez les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé.

Plus d'une personne sur trois âgée de 65 ans et plus est atteinte de deux maladies chroniques au moins (multimorbidité).

Le nombre croissant de personnes qui souffrent de multimorbidité montre que des soins intégrés dans lesquels interviennent plusieurs prestataires seront de plus en plus nécessaires à l'avenir.

### Limitations fonctionnelles de longue durée

16 % de la population âgée de 65 ans et plus indique devoir rester à la maison en raison de limitations fonctionnelles ou même d'être en permanence dans un fauteuil ou de devoir rester au lit.

Un peu moins de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus indique avoir des difficultés

à exécuter ou ne peut plus du tout exécuter au moins une activité de base.

Plus d'un quart de la population âgée de 65 ans et plus indique avoir des difficultés à exécuter ou ne peut plus du tout exécuter au moins une activité de la vie quotidienne.

Un peu moins de la moitié de la population âgée de 65 ans et plus indique avoir des difficultés à exécuter ou ne peut plus du tout exécuter au moins une tâche domestique.

En règle générale, les femmes indiquent avoir plus souvent des limitations fonctionnelles que les hommes (surtout en ce qui concerne les limitations fonctionnelles sévères).

La relation entre l'âge et les limitations fonctionnelles de longue durée est très évidente : à partir de 75 ans surtout, on constate une forte augmentation du pourcentage de personnes avec des limitations fonctionnelles de longue durée.

Chez les personnes de 65 ans et plus, on constate un gradient social évident dans la fréquence des limitations fonctionnelles : la prévalence des limitations est toujours plus élevée parmi les personnes peu instruites que parmi les plus instruites.

## Bien-être et vitalité

Dans l'Enquête de santé, l'état de bien-être (ou de mal-être) psychologique est évalué par le biais d'un questionnaire à 12 items représentant une série de symptômes commune à l'ensemble des troubles psychopathologiques, sans diagnostic précis. Un score plus élevé indique un degré de mal-être plus important. L'indicateur relatif aux difficultés psychologiques présenté est établi à partir d'un seuil de deux symptômes ou plus de ce questionnaire, une définition conseillée pour les études sur la population générale. Un seuil de quatre symptômes ou plus laisse suspecter une psychopathologie.

L'échelle de vitalité comprend quatre items mesurant le niveau d'énergie vitale (versus de fatigue/d'épuisement) des individus. Les indicateurs représentent soit le score moyen d'énergie vitale, soit la proportion de personnes ayant un niveau optimal d'énergie.

L'état de bien-être et le niveau d'énergie vitale de la population âgée de 15 ans et plus se sont détériorés en Belgique au cours des cinq dernières années.

En 2013, un tiers de la population de 15 ans et plus éprouve des difficultés psychologiques, telles que se sentir stressé(e) ou tendu(e), être malheureux(se) ou déprimé(e) ou ne pas pouvoir

dormir à cause de ses soucis.

Les femmes plus que les hommes sont confrontées à ce type de difficultés psychologiques. Elles manifestent aussi en moyenne un niveau d'énergie inférieur à celui des hommes.

Les difficultés psychologiques et un moindre niveau d'énergie vitale sont plus courants dans la population d'âge actif (de 25 à 55 ou 65 ans).

Les personnes issues des classes sociales les plus défavorisées connaissent davantage des difficultés psychologiques et un moindre degré d'énergie vitale.

Les indicateurs de bien-être psychologique et d'énergie vitale affichent des résultats plus favorables en Flandre que dans les deux autres régions du pays.

## Troubles émotionnels

Dans l'Enquête de santé, les 'troubles émotionnels' recouvrent les troubles dépressifs, anxieux et/ou du sommeil. Le questionnaire utilisé pour évaluer ces affections ne permet pas de poser un diagnostic, mais donne une indication sur la problématique en jeu à partir de la présence et de la sévérité des symptômes spécifiques recensés.

Les résultats portent sur la proportion de personnes qui présentent un ensemble de symptômes suffisamment intenses pour que ces individus soient considérés comme ayant le trouble défini.

Il apparaît que :

- 10 % de la population de 15 ans et plus éprouve des manifestations anxieuses, 15 % présente les signes d'un trouble dépressif et 30 % rapporte des troubles du sommeil ;
- la prévalence de ces troubles au sein de la population de 15 ans et plus a fortement augmenté au cours de ces cinq dernières années, et ce, dans toutes les régions du pays ;
- en 2013, la prévalence des troubles émotionnels au sein de la population de 15 ans et plus a sensiblement augmenté parmi les jeunes de 15-24 ans, qui semblaient relativement préservés auparavant ;
- les femmes sont plus nombreuses que les hommes à connaître des troubles émotionnels ;
- les personnes moins scolarisées sont plus vulnérables face aux troubles émotionnels ;
- les habitants de la Flandre sont moins nombreux à connaître des troubles d'ordre émotionnels que les habitants des deux autres régions du pays.

Par ailleurs, les troubles du comportement alimentaire (anorexie-boulimie, non différenciées)

sont mesurés pour la première fois par le biais d'un instrument de dépistage à cinq items (SCOFF). Ce trouble est considéré comme étant probablement présent si le répondant cumule au moins deux parmi les cinq symptômes.

Ces troubles apparaissent plus fréquemment parmi les jeunes femmes de 15 à 34 ans, les personnes moins instruites et vivant en ville.

## Comportements suicidaires

Les comportements suicidaires et le suicide accompli constituent un problème important de santé publique et leur prévention est devenue une priorité selon l'OMS. Le taux de suicide en Belgique, parmi les plus élevés d'Europe, est estimé à 18 pour 100 000 habitants en 2010. Une tentative de suicide est le principal facteur de risque de suicide ultérieur dans la population générale.

Les idées suicidaires et tentatives de suicide récentes (< 12 mois) concernent autant les hommes que les femmes (au sein de la population âgée de 15 ans et plus).

L'âge critique pour les idées suicidaires et tentatives de suicide se situe entre 45 et 54 ans. Les idées suicidaires ne sont pas liées au niveau d'éducation, mais le passage à l'acte le serait : les personnes avec un niveau universitaire sont moins nombreuses à avoir tenté de mettre fin à leurs jours, que ce soit au cours de leur vie ou des 12 derniers mois.

La région flamande obtient des chiffres plus favorables que les deux autres pour les indicateurs de parasuicide au cours de l'existence, mais les différences régionales ne sont plus observées pour les pensées et tentatives de suicide récentes (< 12 mois). Le nombre de tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois rapporté en 2013 n'a pas augmenté par rapport à 2004 et 2008.

## Consommation de médicaments psychotropes

La prise de somnifères et/ou de calmants – utilisés pour le traitement de l'anxiété, du stress et des troubles du sommeil – n'est pas sans risque. En effet, ces substances peuvent entraîner une accoutumance et une dépendance, et peuvent provoquer des troubles de la mémoire ou de la concentration, ainsi qu'une altération des fonctions psychomotrices augmentant le risque de chutes ou d'accidents.

D'autres médicaments psychotropes qui ne sont pas sans danger sont les antidépresseurs. Leur



utilisation adéquate doit reposer sur une évaluation clinique rigoureuse et un suivi clinique vigilant, vu les effets indésirables qui peuvent survenir. La consommation de médicaments psychotropes dans la population âgée de 15 ans et plus se base dans l'Enquête de santé sur la consommation rapportée de sédatifs (somnifères ou tranquillisants) et d'antidépresseurs au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Dans la population âgée de 15 ans et plus, les femmes (20 %) sont plus nombreuses que les hommes (12 %) à consommer des médicaments psychotropes, qu'il s'agisse de sédatifs ou d'antidépresseurs.

La consommation de psychotropes augmente considérablement avec l'âge. Ainsi, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, environ 40 % des femmes et 26 % des hommes ont recours à des tranquillisants ou des somnifères. La prise de médicaments psychotropes est plus fréquente dans les ménages à plus faibles niveaux d'éducation.

Les citoyens wallons (10 %) sont proportionnellement plus nombreux que les citoyens des deux autres régions (7 %) à consommer des antidépresseurs.

Au niveau national, l'utilisation d'antidépresseurs a progressé au cours de ces 15 dernières années, passant de 3,9 % de consommateurs en 1997 à 7,6 % en 2013.

Entre 2004 et 2013, l'utilisation de sédatifs (somnifères et tranquillisants) est restée stable chez les Flamands et a même reculé chez les Bruxellois et les Wallons.

## Douleur physique

La douleur physique est une dimension importante du bien-être général. Elle a un impact négatif considérable sur la qualité de vie, tant du point de vue physique et social que sur le plan mental. En dehors de son impact social, la douleur physique présente également un impact économique important. À cet égard, la reconnaissance de la douleur en tant que problème de santé publique est cruciale. Dans la population âgée de 15 ans et plus, les femmes éprouvent plus de douleurs physiques que les hommes.

Plus une population est vieillissante, plus la prévalence des problèmes de douleur est élevée. Les personnes moins instruites souffrent davantage de douleur physique que les plus instruites. La prévalence de la douleur physique est plus faible en région flamande qu'en région wallonne

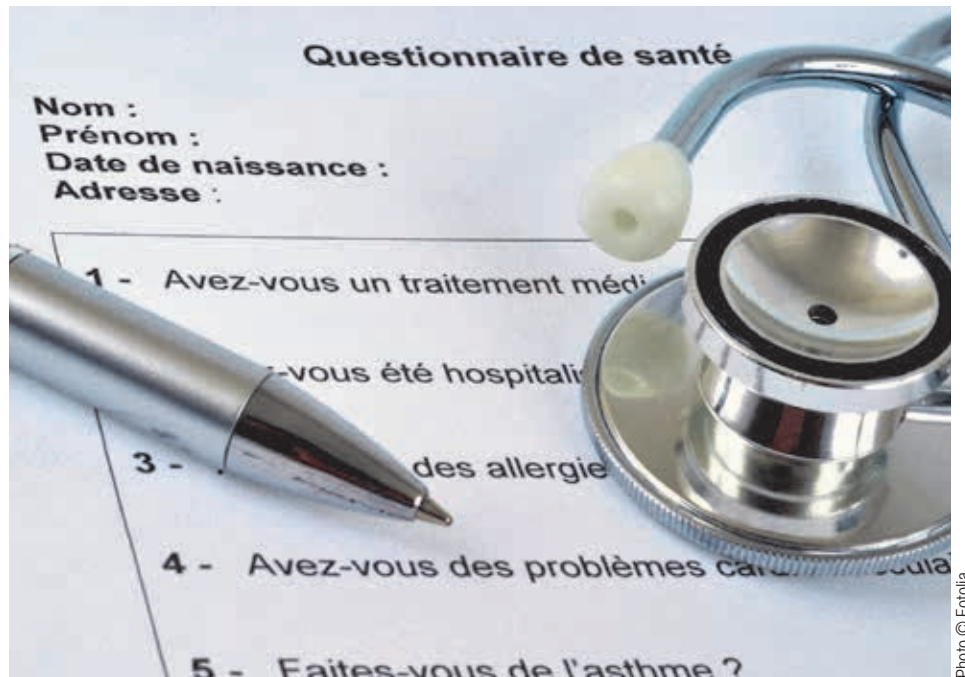


Photo © Fotolia

et en région bruxelloise.

Outre les limitations physiques qu'elle impose, la douleur physique présente également des conséquences négatives pour la santé mentale.

## Qualité de vie liée à la santé

La qualité de vie liée à la santé (QdVS) est un concept complexe et multidimensionnel qui va au-delà des indicateurs traditionnels de morbidité et de mortalité pour mesurer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie. Ce concept a initialement été développé pour des objectifs économiques. En effet, la QdVS permet une meilleure rationalisation des soins de santé grâce à l'intégration de cet indicateur dans les analyses médico-économiques. Mais en plus de son utilisation économique, ce concept est de plus en plus utilisé actuellement pour décrire la QdVS au niveau de la population.

En 2013, l'Enquête de santé belge a intégré pour la première fois le EQ-5D, une échelle de qualité de vie standardisée, développée par un groupe européen. Il s'agit d'un questionnaire simple et rapide qui permet d'évaluer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie selon cinq dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression. Dans la population âgée de 15 ans et plus, les hommes rapportent une meilleure qualité de vie liée à la santé (QdVS) que les femmes. Le niveau de QdVS diminue avec l'âge. Les personnes plus instruites rapportent une meilleur QdVS que les moins instruites. La QdVS est meilleure en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie.

## Arrêt de travail pour cause de problèmes personnels de santé

L'arrêt de travail pour cause de maladie est une problématique qui occupe une place de plus en plus importante dans l'actualité socioéconomique belge et européenne. De nombreuses causes possibles sont évoquées pour expliquer l'absentéisme et elles concernent principalement le contexte social comme le régime de sécurité sociale, les caractéristiques de l'activité professionnelle, comme la charge de travail et des facteurs individuels comme l'âge et l'état de santé. Dans l'Enquête de santé, l'attention est uniquement axée sur les problèmes personnels de santé qui sont la cause d'un arrêt de travail. L'arrêt de travail pour cause de maladie est un problème fréquent : 36 % des hommes actifs et 44 % des femmes actives sont absents du travail pour cause de maladie au moins une fois sur une base annuelle.

Il ne présente en règle générale aucun lien avec l'âge. La fréquence relativement élevée (au moins une fois) de l'absence des jeunes femmes actives constitue une exception.

En moyenne, les hommes actifs sont en arrêt de travail pour cause de maladie huit jours par an ; chez les femmes actives, il s'agit en moyenne de 15 jours.

Chez les femmes, la moyenne du nombre de jours d'arrêt de travail pour maladie est la plus élevée dans la tranche d'âge des 15 à 34 ans ; chez les hommes le nombre moyen est le plus élevé dans la tranche d'âge des 55 à 64 ans.

## Référence

Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.) *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats.*

Nous avons publié les résultats principaux des 5 rapports sur notre page Facebook (<https://www.facebook.com/revueeducationsante>)

Le rapport complet avec l'analyse des résultats, de même que le rapport succinct, peuvent être consultés sur le site web de l'Enquête de santé à l'adresse <http://his.wiv-isp.be/fr>.

## HISIA, le site web interactif

Les chercheurs et le public peuvent effectuer eux-mêmes certaines analyses via le site web interactif de l'Enquête de santé, à l'adresse <http://hisia.wiv-isp.be>. Les procédures à suivre pour réaliser des analyses sont expliquées sur le site.

L'utilisation de ce site est très simple et ne nécessite pas de connaissance approfondie en statistique. Le type d'analyses pouvant

être effectuées est toutefois limité. Il s'agit essentiellement de prévalence, de distribution ou de moyennes pour une série d'indicateurs et ce en fonction de deux ou trois paramètres (comme l'âge, le sexe, etc.).

Les résultats obtenus sont pondérés pour être représentatifs de la population belge ; par contre, ils ne sont pas standardisés pour l'âge ou pour le sexe.

# VU POUR VOUS

## Préservatif. Dépistage. Traitement.

### Les bons réflexes pour se protéger du VIH/sida et des IST

Mary Stevens, Plate-forme Prévention Sida

## Une toute nouvelle campagne de sensibilisation

La Plate-forme Prévention Sida lance une nouvelle campagne de sensibilisation au VIH/sida et aux infections sexuellement transmissibles (IST). Cette campagne vise la population générale et aborde la notion de prévention combinée.

Ces dernières années les recherches menées dans le cadre de la lutte contre le sida ont mis à jour de nombreuses avancées scientifiques et médicales qui ont fait naître cette nouvelle approche de la maladie.

### De la théorie à la pratique

La prévention combinée revient à combiner l'usage du préservatif et du lubrifiant avec la connaissance de son statut sérologique par le dépistage répété et avec l'accès au traitement anti-VIH. Elle s'adresse aux personnes séropositives dans le but de rendre leur charge virale indétectable, ce qui réduit fortement la transmission vers d'autres personnes (TasP). Elle vise aussi le traitement pris de manière préventive (PrEP, TPE) par des personnes séronégatives pour éviter l'infection. Pour imaginer ce concept de prévention combinée, un parallèle peut être fait avec la prévention routière qui combine plusieurs outils pour réduire la mortalité sur la route. En voiture, on attache sa ceinture, mais on ajoute la protection de l'airbag en cas de choc, on améliore l'état des

routes, on perfectionne le freinage : on combine plusieurs outils qui s'ajoutent les uns aux autres. La prévention combinée repose sur le même principe.

### Le préservatif, socle de la prévention combinée

Le préservatif reste l'outil de prévention à privilégier, avec le lubrifiant, pour se protéger. Favoriser son accessibilité et sa gratuité, et continuer à promouvoir son utilisation auprès de tous les publics est fondamental.

### Le dépistage, pour savoir et agir en conséquence

La connaissance de son statut sérologique est essentielle. Tant au niveau individuel pour pouvoir être pris en charge médicalement le plus tôt possible si l'on est porteur du VIH et conserver une espérance et une qualité de vie normale que d'un point de vue collectif car une personne se sachant porteuse du VIH va adapter ses pratiques pour limiter la transmission.



A contrario, l'ignorance de son statut positif, toujours trop importante en Belgique (43 % de dépistage tardif en 2013), participe très activement à la diffusion de l'épidémie.

### Le traitement précoce d'une personne séropositive comme moyen de prévention : le TasP

La probabilité de transmission du VIH est directement corrélée au nombre de copies du virus en circulation dans le corps de la personne séropositive, on appelle cela la charge virale.



Si le traitement est efficace, alors la charge virale peut devenir indétectable, c'est-à-dire qu'il n'y a presque plus de virus dans l'organisme. Dans ce cas, le risque de transmission du VIH est considérablement réduit, voire proche de zéro. Favoriser la mise sous traitement d'une personne séropositive est une stratégie très efficace pour limiter la transmission vers d'autres personnes.



Cette utilisation du traitement pour éviter l'infection n'est pas envisageable pour n'importe qui, ni à n'importe quel moment. Néanmoins, pour des personnes qui s'exposent au VIH régulièrement et qui sont en échec avec d'autres outils fiables (le préservatif par exemple), la PrEP peut s'avérer utile pour éviter une infection. Et pour une infection aujourd'hui évitée, ce sont plusieurs autres qui n'auront pas lieu demain...

## Le traitement pour réduire la transmission de la mère vers l'enfant

La prise du traitement de manière régulière et suivie par la mère lors de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que par le nouveau-né pendant ses six premiers mois de vie, permet de réduire la transmission de la mère à l'enfant avec 99 % d'efficacité.

## Le traitement d'urgence après une prise de risque : le TPE

Le Traitement Post Exposition (TPE), appelé traitement d'urgence est donné à une personne séronégative **dans les premières heures (maximum 48 h)** après une prise de risque élevée. Le TPE bloque la mise en place de l'infection par l'apport d'une trithérapie à suivre durant 28 jours.

## Le traitement préventif des personnes séronégatives très exposées au VIH : la PrEP

La PrEP consiste à prendre une bithérapie avant et après un rapport sexuel pour éviter l'infection. Des études récentes montrent que cette stratégie est très efficace si les schémas de prise sont scrupuleusement respectés.



du VIH/sida, s'est réuni afin d'échanger autour de chaque étape clé de la conception de la campagne ;

- l'Observatoire du sida et des sexualités ;
- plusieurs médecins des centres de référence sida, afin de garantir la diffusion d'informations médicales de qualité.

La Plate-forme Prévention Sida fait également participer le public cible de la campagne à sa création en organisant de nombreux focus groups de prétest des idées et outils à développer. Au total, 122 personnes de profils divers ont été sondées.



## Les outils

- 1 spot TV
- 1 spot radio
- 7 affiches
- 7 cartes postales
- 7 autocollants
- 4 pochettes « préservatifs »
- Une brochure informative
- Une vidéo pédagogique
- Un site internet de la campagne [www.les-bons-reflexes.org](http://www.les-bons-reflexes.org).

## Concertation autour de la campagne

Afin de réaliser une campagne de grande qualité, la Plate-forme Prévention Sida s'est entourée d'un grand nombre d'acteurs du secteur de la promotion de la santé de manière large :

- un groupe d'experts ayant défini les grandes lignes du projet ;
- un groupe de travail composé d'associations de la promotion de la santé et/ou de la prévention

Si vous désirez recevoir du matériel provenant de cette campagne, contactez le CPLS de votre région ou la Plate-forme Prévention Sida via [info@preventionsida.org](mailto:info@preventionsida.org).

Pour plus d'informations, surfez sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org).



# SOMMAIRE

## INITIATIVES

- 2 Souviens-toi l'été dernier, l'Université d'été de santé publique de Besançon, par *Anne Le Pennec*
- 4 Développement durable et promotion de la santé : vers une sainte alliance, par *Jean-Michel Lex*

## PORTRAITS

- 7 Marjolaine Lonfils et Denis Mannaerts, le yin et le yang de Cultures & Santé, par *Anne Le Pennec*

## DONNÉES

- 9 L'Enquête de santé par interview 2013, par *Christian De Bock*

## VU POUR VOUS

- 14 Préventif. Dépistage. Traitement. Les bons réflexes pour se protéger du VIH/sida et des IST, par *Mary Stevens*

### DES ARTICLES INÉDITS !

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

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

**Surfez donc sans plus attendre sur**

**[www.educationsante.be](http://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](http://www.facebook.com/revueeducationsante) ou [www.twitter.com/EducationSante](http://www.twitter.com/EducationSante)

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré à ce numéro :** Anne Le Pennec, Jean-Michel Lex, Mary Stevens.

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

**Secrétariat de rédaction :** Christian De Bock

**Journaliste :** Carole Feulien ([carolefeulien@gmail.com](mailto:carolefeulien@gmail.com)).

**Relectures :** Danielle Beeldens, Carole Feulien.

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

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

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien.

**Lettre d'information :** Carole Feulien.

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

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

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

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

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

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

**Diffusion électronique :** 1 500 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

**Pour tous renseignements complémentaires :**

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

Tél. : 02 246 48 50. Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé :** [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

# ÉDUCATION SANTÉ

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



Wallonie

Avec le soutien financier  
de la Wallonie



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



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

