



**La série télé *Mad Men* : les débuts difficiles de l'émancipation de la femme**

# « Une analyse commune pour l'action »

Une nouvelle publication réalisée dans le cadre des Stratégies concertées de la prévention des IST/sida en Communauté française de Belgique

*Les Stratégies concertées IST/sida : une analyse commune pour l'action* est la troisième publication diffusée largement depuis la mise en place du processus des Stratégies concertées en 2004. Elle propose une synthèse d'un travail collectif effectué par les intervenants actifs en prévention du VIH/sida et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) en 2008 et 2009.

### Le processus des Stratégies concertées

Ce processus a été présenté dans le numéro 227 d'Éducation Santé<sup>1</sup>. Nous en rappelons ici les grandes lignes.

La prévention du VIH/sida et des autres IST est une priorité en Communauté française de Belgique. Plusieurs organismes interviennent en matière de prévention, de dépistage et de soins afin de diminuer le nombre annuel de nouveaux cas de VIH/sida et d'autres IST, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité.

Afin d'apporter une réponse adaptée aux défis de la prévention et à la complexité des problématiques rencontrées sur le terrain, ces organismes sont engagés depuis 2004 dans une démarche participative et systémique de planification, dont la méthodologie est basée sur la gestion de cycle de projet<sup>2</sup> et une adaptation de la méthode PRECEDE/PROCEED<sup>3</sup>.

L'objectif de cette démarche est d'améliorer la qualité des actions de prévention et de promo-

tion de la santé, en définissant de manière participative un cadre de référence commun aux intervenants. Ce dernier est mis à jour périodiquement afin de tenir compte des évolutions des réalités de terrain et d'identifier de nouveaux acteurs en lien avec la problématique. Le processus des « Stratégies concertées » est encadré par un Comité de pilotage et d'appui méthodologique<sup>4</sup> (CPAM). Il respecte les principes de la promotion de la santé tels que définis dans la charte d'Ottawa<sup>5</sup> et dans le Programme quinquennal de la Communauté française<sup>6</sup>. Il contribue également au Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé<sup>7</sup>.

Depuis l'année 2008, un processus comparable a également été mis en place avec le réseau des intervenants actifs dans le domaine de la prévention des mutilations génitales féminines<sup>8</sup>, en collaboration avec le GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines).

### Une analyse commune pour l'action

#### Un travail collectif de mises à jour

Au cours du premier cycle (2004-2007), les intervenants avaient dans un premier temps réalisé des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention IST/sida. Sur la base de ces analyses, ils avaient ensuite construit un plan opérationnel pour chaque public, définissant ainsi les objectifs, stratégies, critères et indicateurs d'évaluation.

La synthèse des plans opérationnels a été publiée sous la forme de deux brochures en

2005<sup>9</sup> et 2006<sup>10</sup>. En 2008, pour commencer le second cycle quatre ans après le début du processus des Stratégies concertées, le CPAM a souhaité approfondir, préciser, compléter et actualiser les analyses de situations existantes en mobilisant un panel élargi d'acteurs concernés.

À cette fin, des points focaux (organismes spécialisés dans le travail de terrain avec un public cible particulier) ont été constitués pour coordonner les mises à jour des analyses de situations. Chaque point focal a organisé en moyenne deux journées d'ateliers participatifs rassemblant le réseau des intervenants concernés. Au terme de ces ateliers, une journée stratégique invitant l'ensemble des participants a permis de valider collectivement les productions.

### Objectif et contenu du document de synthèse

L'objectif de ce nouveau document est de partager les constats et analyses qui fondent l'action des intervenants dans le domaine de la prévention des IST/sida, en proposant une synthèse des analyses de situations actualisées. Il est ainsi complémentaire d'autres documents comme le Tableau de bord de la santé<sup>11</sup> et s'adresse aux personnes et organismes qui, de près ou de loin, sont concernés par ce sujet : les acteurs politiques et administratifs qui soutiennent des actions spécifiquement orientées vers la prévention des IST/sida et la promotion de la santé et les organismes qui mettent en place ces actions, ainsi que tous

1 Voir <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=958>

2 Office de Coopération EuropeAid. Lignes directrices. Gestion du cycle de projet. Bruxelles : Commission européenne, 2004.

3 Green L.W., Kreuter M.W. Health Program Planning, An Educational and Ecological Approach. 4th Ed. Mc Graw Hill, 2005. [www.lgreen.net](http://www.lgreen.net)

4 Le CPAM est composé de personnes et d'organismes actifs en prévention des IST/sida et promotion de la santé : F. Arends (Ex æquo), C. Cheront (Espace P...), J. Defourny (Sid'action et Centre de référence sida ULg), A-F. Gennotte (Centre de référence sida ULB-Hôpital Saint-Pierre), M. Houbiers (Service éducation pour la santé de Huy), J-C. Legrand (Sida-IST Charleroi-Mons/CHU de Charleroi), M. Louhenapessy (Siréas), V. Martens (Observatoire du sida et des sexualités-FuSL), T. Martin (Plate-forme prévention sida), F. Parent (Sipes-ULB), B. Rusingizandekwe (Coordination provinciale sida assuétudes Namur), C. Van Huyck (Modus Vivendi).

5 Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1986.

6 Ministère de la Communauté française. Programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008. Bruxelles, 2004.

7 Ministère de la Communauté française. Plan communautaire opérationnel. Bruxelles, 2006.

8 Dieleman M., Richard F., Martens V., Parent F. Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de référence pour l'action en Communauté française de Belgique, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique.

9 Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/sida en Communauté française. Observatoire du sida et des sexualités (Facultés universitaires Saint-Louis), 2005.

10 Martens V., Parent F. et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FuSL), Bruxelles, Décembre 2006.

11 Godin I., De Smet P., Favresse D., Moreau N., Parent F. (Eds). Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service Communautaire en Promotion Santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.

les acteurs qui, dans divers secteurs sanitaires ou non sanitaires, sont concernés par les thématiques abordées dans ces analyses.

Cette publication se présente sous la forme d'un dossier contenant onze cahiers : le premier cahier (cahier 0) présente le processus et les aspects méthodologiques ainsi que des éléments d'analyse transversale. Les cahiers 1 à 10 sont consacrés chacun à un public cible de la prévention :

**Cahier 0** - Présentation et transversalités

**Cahier 1** - La population générale

**Cahier 2** - Les enfants et les jeunes

**Cahier 3** - Les personnes séropositives

**Cahier 4** - Les migrants

**Cahier 5** - Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)

**Cahier 6** - Les usagers de drogues injecteurs (UDI)

**Cahier 7** - Les prostituées féminines

**Cahier 8** - Les prostitués masculins

**Cahier 9** - Les personnes détenues en milieu carcéral

**Cahier 10** - Le public festif

Pour chaque public, les cahiers présentent <sup>12</sup> :

1. les principales données épidémiologiques et sociales;
2. la synthèse de l'analyse de situation construite et mise à jour par les intervenants à partir des données disponibles et des constats réalisés sur le terrain;
3. un « focus » sur les acteurs, c'est-à-dire un tableau descriptif des divers acteurs qui ont un lien avec la problématique et qui peu-

vent jouer un rôle en matière de prévention IST/sida et plus largement en matière de promotion de la santé;

4. les objectifs opérationnels définis pour chaque public cible dans le cadre des Stratégies concertées 2007-2008;
5. les sources bibliographiques.

### Mise en ligne du site

#### [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2009, un site Internet spécialement dédié aux Stratégies concertées IST/sida est également accessible.

Ce site comprend :

- une présentation détaillée du processus et de la méthodologie;
- les diverses publications des Stratégies concertées en format PDF;
- un calendrier des activités liées aux Stratégies concertées;
- un répertoire des acteurs de la prévention des IST/sida en Communauté française;
- les divers documents de travail (analyses de situations et plans opérationnels pour l'ensemble des publics cibles ainsi que d'autres documents), accessibles uniquement aux personnes qui participent au processus via l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe.

### Perspectives

La phase de mise à jour a marqué le début d'un nouveau cycle des Stratégies concertées. Après plus de cinq ans, les acquis sont nombreux et une évaluation réalisée auprès des participants a montré la diversité des bénéfices qu'ils en

retirent. Cette évaluation a également permis de mettre en évidence quelques enjeux pour les mois et années à venir, notamment :

- le maintien, voire le renforcement du dynamisme du processus;
- les attentes concernant le développement d'outils d'évaluation opérationnels pour la pratique quotidienne des intervenants;
- l'exploration de pistes concrètes pour permettre une plus grande participation des publics cibles aux analyses de situations et à la définition des stratégies qui les concernent;
- la nécessité de faire évoluer les stratégies de prévention en fonction des évolutions de l'épidémiologie d'une part et des constats posés à travers les enquêtes et la pratique de terrain, d'autre part.

**Vladimir Martens**, en collaboration avec le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM) des Stratégies concertées IST/sida

*Référence complète du document : MARTENS V., PARENT F. et les acteurs de la prévention des IST/sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.*

*La publication est disponible en version électronique sur le site*

*[www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be) et en version imprimée sur demande adressée à l'Observatoire du sida et des sexualités ([observatoire@fusl.ac](mailto:observatoire@fusl.ac), 02 211 79 10)*

<sup>12</sup> Pour trois publics, les cahiers sont plus courts car les mises à jour n'ont pu être réalisées de manière approfondie; ils pourront être actualisés dans le futur dans leur version électronique et seront alors disponibles sur le site [www.strategiesconcertees.be](http://www.strategiesconcertees.be)

## La santé spirituelle en questions : un séminaire en préparation par l'APES-ULg

### Appel à contributions

Depuis la Charte de Bangkok, la « santé spirituelle » a été introduite dans la définition de la santé de l'OMS. Cependant, cette même charte

ne développe nullement les différentes dimensions que recouvrerait la « santé spirituelle ». L'introduction de la santé spirituelle répond à une demande de pays non-occidentaux et

nous rappelle que la définition de la « santé » engage des représentations culturelles de l'homme qui ne sont pas universelles (voir par exemple Descola, 2005 ou Viesner, 2006).

A titre d'exemple, **Françoise Héritier** décrit (en 1977) l'identité des êtres humains d'après les Samos (Burkina Faso): « Tout être humain est ainsi fait de la conjonction d'un corps (*mε*), de sang (*miya*), de l'ombre portée (*nyisile*), de chaleur et de sueur (*tâtâre*), du souffle (*sisî*), de la vie (*nyini*), de la pensée (*yiri*), du double (*mεε*) et enfin du destin individuel (*lεπεε*) » (Héritier, p. 52). D'autres conceptions de la santé et de la prévention existent dans le monde qui prennent en considération une « dimension spirituelle » de l'individu et sont officiellement reconnues. C'est le cas de la médecine des védas (l'ayurveda - Inde) où la vie est conçue comme l'union du corps, des sens, de l'esprit et de l'âme (Ministry of Health and Family Welfare, Inde, 2010). Cela étant posé, le concept de « santé spirituelle » semble étranger à notre modalité de penser ou semble remettre sur le tapis une discussion séculaire à propos des relations entre le corps et l'esprit.

« La santé spirituelle » ne semble plus uniquement une question exotique ou de sciences humaines. Une recherche sur Medline permet de dénombrier 5584 publications à propos de la santé spirituelle dans le champ de la médecine. La « santé spirituelle » serait un nouvel objet scientifique (King et al., 2009), une nouvelle dimension à prendre en compte dans les interventions, en particulier en matière d'évaluation du bien-être (e.g. Cheung et al., 2003 ou le dossier paru dans la revue Santé conjugulée, 2007). L'index du Guide santé de la Colombie britannique à l'usage des familles (Canada) inclut une entrée 'spiritualité'. Les auteurs situent la spiritualité au sein du chapitre consacré aux « troubles mentaux et équilibre de la relation corps-esprit » et lui accordent une connotation religieuse. Face à la question de l'esprit, la revue *Philosophie magazine* proposait récemment un dialogue entre le neurobiologiste **Pierre Changeux** et le philosophe **Jean-Michel Salanskis**. Le premier défend la position que la vie psychique s'explique entièrement par la biologie, le second par le sens donné à nos expériences (juillet-août 2009). Cet article paraît en même temps que celui de **Dortier** dans la revue *Sciences humaines* intitulé « L'éternel retour de l'âme » (juillet 2009).

A côté de la littérature scientifique et de vul-

garisation, des colloques sont organisés par l'International Medical Spirits Association, avec le soutien de l'Union Spirite Belge, ayant pour thème l'« interconnexion médecine et spiritualité » (25 et 26 octobre 2008 Liège).

### Une possible polémique pour la promotion de la santé ?

Ainsi, la « santé spirituelle » connaît-elle une véritable actualité, et les acteurs qui s'y intéressent développent des appareils conceptuels pour la définir, et peut-être l'instrumentaliser. Les acteurs de la promotion de la santé doivent-ils rester en marge de ces débats ? Ou est-il plus prudent de s'y intéresser ? Faut-il laisser le monde médical définir la spiritualité en lien avec une efficacité thérapeutique ? Le concept de santé spirituelle est-il de nature à menacer le libre arbitre ou à favoriser son enrichissement ?

Plusieurs définitions de la spiritualité coexistent : religieuse, phénoménologique (conscience de son rapport au monde – les plus philosophes pardonneront ce raccourci), psychologique, biologique... King et al. proposent une définition de la spiritualité en quatre composants qui ne sont pas nécessairement religieux : la croyance, la pratique, la conscience et l'expérience.

La question de la santé spirituelle est de nature polémique, par exemple la question des dérives sectaires ou les tensions entre approches scientifiques et un thème perçu comme exclusivement religieux. Conscient de ces tensions, le séminaire s'inscrit dans une perspective scientifique : il s'agit de décortiquer ce concept, en vue d'en proposer l'anatomie au secteur de la promotion de la santé. Nous n'avons pas l'ambition de proposer un jugement définitif sur la « santé spirituelle », mais plutôt de proposer des points de vue variés et scientifiques qui permettront aux personnes intéressées de se forger leur propre opinion à ce propos. Comme le remarque **Danielle Piette**, l'introduction de ce concept offre l'opportunité d'une réflexion sur les valeurs qui guident nos actions et nos politiques.

S'interroger sur la manière dont pourrait être interprété le concept de « santé spirituelle », revient à s'interroger sur les catégories que nous utilisons pour classer le monde, pour définir « l'homme » et sur les enjeux de la

construction de ces catégories par les acteurs sociaux, et donc aussi sur les valeurs qui sous-tendent nos actions.

Voici déjà quelques questions de nature à nourrir un débat :

- comment définir la « santé spirituelle » ? Quels sont les enjeux cachés parmi les définitions ?
- dans quel contexte telle définition prend-elle corps avec le plus d'acuité (santé mentale, accompagnement en fin de vie...)?
- quelle peut être la place du concept de « santé spirituelle » dans une société multiculturelle ?
- comment interpréter l'émergence de ce concept depuis les dernières années (colloques, congrès...)? Quels liens entre spiritualité, sens de la vie, projet de vie, estime de soi...?
- faut-il intégrer la dimension spirituelle dans les actions de promotion de la santé ? Et si oui, comment et à quelles conditions ?
- l'extension de la définition à la santé spirituelle signifie-t-elle l'ouverture de champs de la promotion de la santé à d'autres professionnels ou spécialistes, comme par exemple les philosophes ?
- comment une réflexion sur le concept de « santé spirituelle » peut-elle actualiser notre réflexion sur les autres dimensions de santé : santé sociale, santé mentale...?

### Concrètement

Pour envisager cette question, l'APES-ULg met en place un séminaire dont l'objectif est d'ouvrir le débat autour de la définition et des enjeux du concept de « santé spirituelle ». Ce séminaire s'attellera à des questions théoriques, formulées dans les diverses disciplines (anthropologie, psychologie, médecine, philosophie, théologie...), et pratiques vécues sur le terrain par les acteurs de la promotion de la santé, psychologues, conseillers spirituels travaillant dans les hôpitaux...

Le séminaire se tiendra à l'Université de Liège le 18 novembre. Le nombre de participants est limité à une quinzaine de personnes afin de permettre le débat.

Les personnes intéressées par une contribution à ce séminaire peuvent se manifester auprès de l'APES-ULg avant le 21 septembre



(stes.apes@ulg.ac.be en précisant santé spirituelle dans l'objet du mail). Les communications retenues ainsi que les débats feront l'objet d'un large traitement dans la revue Education Santé.

Gaëtan Absil, APES-ULg

### Bibliographie indicative

- King M. et al., Conceptualising spirituality for medical research and health service provision in *BMC Health Service Research*, 2009, n°9, p. 116sq.
- Daaleman T. et al., The spirituality Index of Well-Being : a new instrument for health-related quality-of-life research in *Annals of Family Medicine*, vol. 2, n°5, 2004, p. 499sq.
- Chuengsatiansup K., Spirituality and health : an initial proposal to incorporate spiritual in health impact assesment in *Environnement Impact Assessment Review*, 23 (2003), p. 3-15.
- Guide-santé. Un référentiel pour la santé de toute la famille, Ministry of Health Service, Healthwise, 1989, p. 394.
- Descola Ph., *Par-delà nature et culture*, Bibliothèque des sciences humaines, NRF, Gallimard, 2005
- Viesner F., *La médecine des aborigènes d'Australie. Soins des corps et rétablissement des âmes*, Indigène éditions, Barcelone, 2006.
- Artaud A., L'ombilic des limbes in *Œuvre*, Gallimard, Paris, 2004, p. 107 (première édition nrf, Paris, 1925).
- <http://indianmedicine.nic.in/ayurveda.asp> (consulté le 26 mai 2010).
- Piette D., Symphonie inachevée in *Education Santé*, n°208, janvier 2006.
- Spiritualité et santé. Dieu et Hippocrate sont dans un bateau... in *Santé Conjuguée*, janvier 2007, n° 39.
- En a-t-on fini avec l'esprit ? in *Philosophie magazine*, juillet-août, n° 31, 2009, p. 54sq.
- Dortier J.-F., L'éternel retour de l'âme in *Sciences humaines*, juillet 2009, n° 206, p. 18sq.

## 11<sup>e</sup> Rencontre internationale Femmes et Santé

La Rencontre Internationale Femmes et Santé (RIFS) est, depuis plus de trente ans, un forum international de femmes des mondes associatif et académique qui défend la santé des femmes et leurs droits sexuels et reproductifs. Ces rencontres ont pour principaux objectifs :

- de rassembler les femmes du monde entier qui militent pour la santé des femmes et leur permettre de partager leurs expériences et leurs savoirs;
- de dresser une carte du monde de la santé des femmes, des risques, abus et violences qu'elles subissent;
- de dresser le bilan des succès obtenus pour changer ces données;
- d'identifier les actions futures à entreprendre;
- d'analyser comment les décisions politiques et des pratiques médicales similaires se déclinent différemment selon le pays et la culture où elles sont appliquées ou comment des décisions différentes produisent des résultats identiques ou indésirables;
- d'élargir et d'approfondir les débats sur les déterminants de santé comme la paix, la justice sociale, le travail, l'environnement, le renforcement des capacités décisionnelles des femmes, la liberté, l'égalité.

À l'heure où le contrôle sur le corps de la femme s'accroît avec la commercialisation

de ce corps par la prostitution, les médias, la médicalisation de sa santé, de ses cycles de vie et l'application de nouvelles techniques biomédicales, avec aussi l'utilisation du viol comme arme de guerre, les différents fondamentalismes religieux et la violence domestique ou institutionnelle.

À l'heure où « la Déclaration des Droits de l'Homme » ne parvient pas à évoluer vers celle des droits humains et à intégrer les droits des femmes, leur santé, leur bien-être, leur liberté sexuelle et reproductive, les organisateurs de la 11<sup>e</sup> RIFS espèrent qu'elle permettra aux mouvements féministes mondiaux de terrain, aux femmes et aux hommes qui veulent un monde plus juste de mieux conjuguer leurs efforts et de travailler ensemble au développement de nouvelles stratégies pour améliorer les décisions qui influent sur la santé et le statut des femmes.

La 11<sup>e</sup> RIFS sera accueillie en septembre 2011 par la Belgique.

Son intitulé sera : **Santé des femmes et droits humains. Construisons l'avenir.**

Les thèmes :

Les systèmes politiques et sociaux, basés sur des constructions patriarcales, ancestrales ou passéistes mettent en danger la santé des femmes. Elle doit être considérée comme un droit humain fondamental.

Les cultures, par la production et la transmission des savoirs, peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé en général et celle des femmes en particulier.

La santé véhicule différentes représentations et certaines d'entre elles rendent les femmes plus vulnérables. Une vision globale et féministe est nécessaire pour une meilleure santé des femmes; un moyen pour y parvenir est la promotion du concept d'autosanté.

Le renforcement des réseaux de solidarité et de leur rôle en tant que groupe d'échanges, de connaissances, et de services, des associations pour la santé des femmes, des actions des femmes à travers le monde et des volontés politiques qui en résultent.

Les femmes en tant que personnes responsables de leurs choix, libres et éclairés, ayant des droits individuels indépendants de leur statut de femme, d'épouse et/ou de mère.

Le système de santé, par une approche holistique et des droits humains, peut réduire et à terme éradiquer les problèmes spécifiques de santé, les discriminations et inégalités (accès, coût, qualité) qui touchent directement les femmes.

Plus de détails sur le site [www.11RIFS.org](http://www.11RIFS.org).

Renseignements : [info@11RIFS.org](mailto:info@11RIFS.org)

# Se dégager de la cigarette... en groupe

Pour la troisième année consécutive, le service Promotion Santé des Mutualités Libres organise des sessions de groupe pour arrêter de fumer. Cette année, il s'est associé au Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme (SEPT). Ce sont donc deux acteurs de la promotion de la santé qui ont uni leurs forces pour le mieux-être des personnes songeant à se libérer de la fumée... Le slogan de cette saison : « Ensemble, c'est mieux ».

## Le modèle de Prochaska et Di Clemente comme référence

La référence au *modèle transthéorique* a guidé les choix thérapeutiques et stratégiques du programme, afin de ne pas confronter prématurément le patient fumeur à ce qui devait longtemps plomber sa démarche : la violence du sevrage.

En effet, ce que représente, aux yeux du fumeur, la vie sans tabac, c'est un cauchemar autant qu'un rêve. Aussi doit-on passer du *rêve* au *projet*. Puis du projet possible (apprivoisé, rendu personnel), à sa mise en œuvre, à l'*action*. L'accent doit être enfin porté sur l'anticipation de la rechute afin d'armer le fumeur abstinent, de le rassurer dans un choix parfois pénible et profondément courageux.

## Des objectifs élargis

En amont de la visée comportementale, symptomatique, cognitive, en amont de la visée du sevrage, la première ambition de nos sessions de groupe est de permettre aux participants :

- de questionner leur(s) dépendance(s) et leur ambivalence à l'égard du tabac;
- de mieux cerner la fonction de la cigarette, afin d'envisager des réponses alternatives;
- de renforcer leur *sentiment d'efficacité personnelle* ainsi que leurs motivations;
- de solidariser leurs défis, de mutualiser les ressources et moyens mis en œuvre au sein du groupe;
- d'évoluer sereinement vers un niveau propice à l'action (se trouver prêt à l'arrêt).

Par ailleurs, il s'agit d'accompagner le processus au-delà d'un arrêt qui remue bien des



choses et de consolider la démarche engagée par les participants. L'espace de parole où tout prend plus de sens, et la dynamique de groupe y contribuent largement : nous pouvons tabler sur l'émulation du groupe et sa capacité à faire émerger l'objectif commun.

Construire, aménager, poser les jalons d'un projet devenu prioritaire; le faire ensemble et cependant pour soi-même, au nom de ses valeurs et d'un projet de vie personnel : voilà qui nous attache à la notion d'*empowerment*.

## Une approche par étapes

Une première séance se présente sous la forme d'une conférence illustrée, ouverte à quiconque se questionne sur le thème du tabac : fumeurs, ex-fumeurs, non-fumeurs. Interactive, elle se rapporte à l'imagerie publicitaire qu'a déployée l'industrie du tabac durant le xx<sup>e</sup> siècle afin de conserver ses planteurs bénéfiques au-delà de la mort semée dans les rangs de ses consommateurs. Suivront cinq animations, destinées à un groupe de maximum 15 personnes qui souhaitent arrêter de fumer, quel que soit le stade auquel elles se situent. En effet, ce programme est ouvert aux personnes encore hésitantes face à l'arrêt autant qu'aux personnes déjà prêtes à passer à l'action.

Les cinq séances ont une durée de 1h30 à 2h.

Elles sont encadrées par un duo constitué d'un psychologue et d'un tabacologue.

## Le « phone coaching » comme soutien supplémentaire

Innovant, ce « phone coaching » permet aux participants de recevoir un soutien supplémentaire après les séances de groupe. Pendant les entretiens téléphoniques, « le coach » évalue la situation du participant en fonction de ses objectifs, de son parcours et de son vécu. Il lui procure ensuite des conseils personnalisés de sorte à le soutenir dans sa démarche de sevrage.

## Une récompense pour encourager la participation

Le participant ayant été présent aux cinq séances de groupe recevra un cadeau destiné à deux personnes. Pour la motivation dans un processus de sevrage, cette notion de récompense est importante, aussi bien pour le participant que pour son entourage.

## Une évaluation de type qualitatif

Au-delà des aménagements (de l'arrêt, notamment) qui peuvent être actés, s'agissant du comportement tabagique, il nous semble opportun – serait-ce au niveau modeste, *exploratoire*, où nous limitons notre investigation – de mettre en lumière des profits latéraux, moissonnés presque incidemment par les participants grâce aux rencontres, aux échanges, aux réflexions. L'expérience acquise auprès des publics fragilisés nous permet d'affirmer que les bénéfices d'un tel programme ne se limitent pas à la question tabagique : ils peuvent se révéler beaucoup plus globaux et pourront affecter d'autres dimensions de la qualité de vie des participants.

Pour des infos complémentaires :

stopatabac@mloz.be. Internet :

[www.mloz.be/stopatabac](http://www.mloz.be/stopatabac)

**François Dekeyser**, responsable Service d'Étude et de Prévention du Tabagisme (SEPT asbl) et **Émilie Vanderstichelen**, chargée de la promotion de la santé aux Mutualités libres

# Pratiques communautaires et développement local

## Bruxelles

30 septembre 2010

### Conférence « La santé communautaire : le défi de la participation de la communauté »

La participation et l'*empowerment* demeurent les pierres d'achoppement des pratiques communautaires. Souvent, les porteurs de projets ont l'impression que les personnes impliquées dans les actions ne représentent pas « vraiment » les membres de la communauté, que le passage ne se réalise pas entre un groupe restreint conscientisé et l'ensemble de la communauté.

Comment impulser et maintenir durablement la participation de la communauté et favoriser l'*empowerment* de celle-ci ? Avec quelles méthodes de planification, de diagnostic et d'évaluation ? Comment ces méthodes mettent-elles en place des processus d'apprentissages individuels et collectifs ?

**Bernard Goudet**, sociologue, enseignant à l'Université Victor-Segalen de Bordeaux abordera ces questions au fil d'une série de situations concrètes. Il clarifiera les liens entre le cadre de l'action (entre dispositifs inducteurs et actions issues du terrain) et les méthodes déployées pour induire un mouvement, un changement, pour impulser une mobilisation.

La conférence se déroulera en trois temps. L'intervention de Bernard Goudet sera introduite par une brève allocution d'**Alda Greoli**, Secrétaire nationale des Mutualités chrétiennes, qui situera les convergences de cette intervention avec les options du mouvement de l'éducation permanente.

La fin de la conférence laissera une large place au débat avec la salle.

**La date : 30 septembre 2010.**

**Le lieu : salle de Conférence du FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.**

**L'heure : de 15h à 17h (accueil à 14h30).**

**PAF : gratuit.**

**Inscription : exclusivement par courriel adressé avant le 20 septembre 2010 à christian.debock@mc.be, précisant l'organisation et le nom du ou des participant(s) - nombre de places limité.**

## L'invité de l'APES et d'Éducation Santé

**Bernard Goudet** est intervenant en sociologie, anthropologie et psychologie sociale. Sa pratique se situe entre le monde de la recherche (il enseigne à l'Université Victor-Segalen Bordeaux 2) et le développement d'interventions dans le champ de l'action sociale et de la promotion de la santé (consultant en santé publique).

Par ses conseils, il contribue à la réflexion et à l'action de différentes institutions locales ou régionales tout comme il soutient de nombreux acteurs qui travaillent au plus près des populations.

Dans son ouvrage « Développer des pratiques communautaires en santé et développement local », il nous fournit à la fois un rappel des principaux documents de référence en matière de promotion de la santé, développement social et développement durable, des repères théoriques et des schémas méthodologiques utiles, efficaces et facilement mobilisables pour l'action. Les réflexions qu'il partage avec le lecteur sont le fruit de trente années d'expériences et de réflexions sur la dynamique du changement social et les processus qui la soutiennent.

## Liège

1<sup>er</sup> octobre 2010

### Séminaire « L'action, la mobilisation et l'évaluation. Quelles articulations ? »

Ce séminaire est ouvert aux professionnels de terrain et aux chercheurs afin de mutualiser leurs expertises autour des questions suivantes. Comment se composent les liens entre action et évaluation ? Quel est le rôle de l'évaluation dans la dynamique des actions ? Comment le choix d'un paradigme sociologique de référence facilite et soutient le changement et l'*empowerment* au travers de la démarche d'évaluation ?

La démarche d'évaluation devrait être une partie intégrante de tout projet. Dans le cadre des actions communautaires et de mobilisation, elle présente deux faces. La première est celle de la production de résultats en lien avec les objectifs des actions. La deuxième s'intègre dans un processus de mobilisation et de changement généré par l'évaluation elle-même. Ainsi, l'évaluation devient un des moteurs de la mobilisation, de la participation et de l'*empowerment*.

Comment l'évaluation et l'action peuvent-elles s'articuler ? Quelles sont les théories et les méthodologies qui peuvent être mises en

place pour assurer la couture entre évaluation et action ? Comment les paradigmes « stratégique » (Crozier) et « actionniste » (Touraine) réalisent-ils cette articulation ?

Les questions ne manqueront pas au cours de ce séminaire ouvert à une vingtaine de participants. Il sera organisé en trois parties. Le matin, après une introduction par Bernard Goudet et un membre de l'APES, les participants auront l'occasion de présenter des actions, des projets, des recherches, des réflexions ayant trait à ces questions. Après une pause de midi où une collation sera offerte, l'après-midi sera consacrée à la discussion et à la confrontation des pratiques avec l'éclairage de B. Goudet. Les débats seront synthétisés et publiés dans la revue *Éducation Santé*.

**La date : 1<sup>er</sup> octobre 2010**

**Le lieu : salle des professeurs de l'Université de Liège, place du XX août 7, 4000 Liège**

**L'heure : de 10h à 16h (accueil à 9h30)**

**PAF : gratuit.**

**Inscription : exclusivement par courriel adressé avant le 20 septembre 2010 à gaetan.absil@ulg.ac.be, précisant l'organisation et le nom du ou des participant(s) - nombre de places limité à 20 personnes).**

1 Le livre de Bernard Goudet, « Développer des pratiques communautaires en santé et développement local », paru chez « Chroniques sociales » (Lyon), pourra être acquis à cette occasion au prix de 17€.

# Les médias sociaux, une opportunité pour les organismes de santé ?

*Ne pensez pas que cet article est réservé à ceux et celles qui ont fait du Web 2.0 leur réflexe quotidien. Il s'adresse au contraire aux personnes sceptiques, qui se demandent s'il serait opportun de pousser la porte virtuelle des médias sociaux dans leur cadre professionnel. Deux organismes québécois, parmi d'autres, ont choisi d'exploiter les outils de la nouvelle génération d'Internet au service de leurs missions de promotion de la santé.*

Quand on évoque les médias sociaux, le Web 2.0 ou encore le Web social, il est question des sites et applications Internet qui permettent à leurs utilisateurs non seulement de s'informer, mais aussi et surtout de créer et d'échanger leurs propres contenus. Les médias sociaux peuvent prendre diverses formes, plus ou moins connues de l'utilisateur « moyen » : les forums, les blogs, les sites de partage d'image ou de vidéos, les sites de réseautage social, etc. D'un certain point de vue, le courriel et la messagerie instantanée (le « chat ») font également partie des médias sociaux puisqu'ils répondent à cette définition de partage de contenus. Quand le média social a pour objectif premier de mettre ses utilisateurs en relation, on parle de réseau social : c'est le cas de Facebook ou Twitter par exemple.

## Toucher le public, une nécessité

**Marc Drolet** est le directeur des affaires publiques de la division du Québec de la Société canadienne du cancer (SCC). Invité dans le cadre des Journées annuelles de santé publique qui eurent lieu en mars dernier à Montréal, il a exposé comment la SCC parvient à faire d'Internet un outil de diffusion d'information et de visibilité bien sûr, mais aussi de dialogue avec son public.

La SCC a pour mission d'éradiquer le cancer et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées. Reposant sur la générosité de ses donateurs et le travail de ses bénévoles, la SCC mène sa lutte en s'engageant dans cinq secteurs : la répartition des fonds recueillis pour la

recherche; la prévention par la sensibilisation aux saines habitudes de vie et par le changement des environnements; l'information; l'organisation de programmes de soutien; et enfin la défense de l'intérêt public par la mobilisation de la population en faveur de changements sociaux et politiques. On le constate : qu'il s'agisse d'informer, de mobiliser, de recruter des bénévoles ou de susciter des dons, la SCC Québec a besoin d'être connue et reconnue par son public et l'ensemble de la population. Marc Drolet confirme : « *Nous voyons dans les médias sociaux, populaires et gratuits – même s'il ne faut pas négliger leur coût en ressources humaines – l'opportunité de faire du recrutement de bénévoles, de créer des mouvements, de rejoindre les jeunes et les moins jeunes<sup>1</sup> et de rassembler des dons.* »

## De la diffusion à la mobilisation

Pour la division québécoise de la SCC, l'utilisation des médias sociaux est donc apparue comme un incontournable. Il ne s'agit pas seulement d'un nouveau mode de communication qui s'ajouterait aux méthodes existantes, mais d'un véritable changement de stratégie : de la diffusion d'information par les médias traditionnels, on passe à la mise en réseaux de la population. « *Les gens veulent partager leur histoire*, indique Marc Drolet. *Ces témoignages touchent, rassemblent et incitent à passer à l'action.* » En encourageant l'expression de la population, les médias sociaux auraient donc un pouvoir mobilisateur à un degré que l'Internet informatif, émanant principalement de l'organisation elle-même, peine à atteindre.

## Réseautage social via Facebook et Twitter

Comme beaucoup d'autres organismes, la SCC Québec s'est créé une page sur Facebook. En un an, 4137 personnes en sont devenues « adeptes », c'est-à-dire qu'elles se sont abon-

nées pour en recevoir les informations sur leur propre mur Facebook (leur « babillard », en langue de la Belle Province). Des contenus brefs y sont publiés très régulièrement, qui concernent les campagnes en cours, des appels à la mobilisation ou à signer des pétitions, des liens vers divers sites, des sondages, des commentaires de faits d'actualité, des invitations à témoigner... La page offre aussi un onglet « infos », des photos, des vidéos, des forums de discussions thématiques et des articles rédigés. Les participants sont actifs, les échanges sont nombreux et respectueux, les internautes proposent leurs propres sujets ou posent des questions.

Twitter est un site de réseautage social créé en 2007 qui a pour fonction de livrer des informations courtes, fréquentes et instantanées, par Internet mais aussi par messagerie instantanée ou encore par SMS. La SCC l'utilise principalement pour envoyer le signal qu'un nouveau sujet a été publié sur Facebook. Car tout est lié !

## Youtube, pour toucher une autre corde

Youtube est un canal gratuit de diffusion de vidéos. Afin d'exploiter le plein potentiel des nouveaux médias, la SCC possède aussi sa propre page sur Youtube (<http://www.youtube.com/sc CFR>), sur laquelle elle publie des spots de sensibilisation, des extraits de discours, des témoignages de personnes touchées par le cancer. On y trouve quelques perles... Il est certain que l'utilisation de la vidéo touche la sensibilité différemment de l'écrit.

## Suivre les communiqués de presse grâce à un fil de nouvelles

Un fil de nouvelles, dont le fil « RSS » (Really Simple Syndication) est le format le plus fréquent, est un résumé de contenus Web accompagnés de liens vers les versions intégrales de ces contenus. Les internautes peuvent s'abonner au fil de nouvelles de la Société canadienne

<sup>1</sup> Des statistiques d'utilisation de Facebook peuvent notamment être consultées sur le site [www.checkfacebook.com](http://www.checkfacebook.com). Pour la Belgique comme pour le Canada, deux tiers des utilisateurs ont moins de 35 ans.



du cancer pour recevoir un sommaire des communiqués de presse dès qu'ils sont publiés sur le site [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca). La SCC propose aussi d'ajouter son fil de nouvelles à iGoogle, une page personnalisée sur laquelle il est possible d'afficher toutes sortes d'informations présélectionnées provenant d'Internet. Pour l'utilisateur, c'est un système pratique qui permet de se créer sa propre page d'accueil, mais qui comporte l'inconvénient de fournir à Google, une firme privée, de nombreuses informations personnelles sur ses intérêts.

### Les blogs, ces journaux pas intimes

Parmi les médias sociaux, on compte aussi les blogs (ou blogues, au Québec), des sortes de journaux de bord en ligne proposant des billets fréquents et souvent personnels, auxquels les visiteurs sont invités à réagir. L'Institut Douglas, un institut universitaire situé à Montréal et spécialisé dans la recherche, les soins et l'enseignement concernant la maladie mentale, propose plusieurs blogues organisés en une « blogosphère ». Ils sont alimentés en français ou en anglais par des membres volontaires du personnel de l'Institut qui souhaitent partager leur expertise avec la population en vue de l'éduquer sur les enjeux de santé mentale et de démystifier les maladies mentales, ou avec d'autres intervenants et scientifiques du domaine. Chaque blogueur alimente son propre blogue : les Arts-Santé, le blogue d'Info-Trauma ou encore Soigner entre les lignes...

**Voilà une manière originale de donner la parole au personnel et au public parallèlement aux structures traditionnelles de la communication de l'organisation.**

### Des enjeux à considérer

Il serait possible de rédiger un article, voire un ouvrage – ou un site – entier sur les enjeux liés à l'utilisation des médias sociaux, tant du point de vue des internautes que de celui des organismes qui font le choix de les utiliser. En voici quelques prémices.

### Droit d'auteur et confidentialité

Les utilisateurs ne sont pas toujours conscients du fait que leurs écrits peuvent être accessibles au plus grand nombre.



Cet aspect est particulièrement délicat dans le cas de partage de témoignages, quand il est question de santé. Si la règle par défaut est la protection par le droit d'auteur, les conditions acceptées au moment de l'inscription sur un site (généralement sans être lues !) stipulent souvent que le contenu publié devient propriété de la firme. Des options permettant de déterminer les niveaux de confidentialité existent parfois, mais elles ne sont pas connues de tous. La plupart des internautes ignorent aussi que la duplication et diffusion d'un contenu dont ils n'ont pas les droits légaux est (théoriquement) punissable. En pratique, les utilisateurs sont supposés savoir qu'un texte, une vidéo, une photo déposés sur le Web risquent d'être utilisés par les entreprises qui gèrent ces médias ou par d'autres internautes.

Il ne s'agit pas seulement d'un nouveau mode de communication qui s'ajouterait aux méthodes existantes, mais d'un véritable changement de stratégie : de la diffusion d'information par les médias traditionnels, on passe à la mise en réseaux de la population.

### Publicité

Notons aussi que de nombreux médias sociaux ne sont pas vierges de publicité commerciale. Sur Facebook notamment, l'organisation n'a pas de pouvoir sur les publicités qui pourraient apparaître en marge de sa page. Les produits vantés peuvent donc aller à l'encontre du message véhiculé par l'organisme, ou pire, en tirer parti.

### Contrôle

Ensuite, il faut être conscient que le recours à ces médias participatifs induit l'acceptation d'une certaine perte de contrôle. Les discussions et débats suscités peuvent déraiser dans un sens imprévu, voire indésirable. Il est donc nécessaire de prévoir du personnel (et du temps de travail) voué au suivi et à la modération des commentaires des internautes.

### Accessibilité

Un dernier enjeu, mais non le moindre, du Web 2.0 comme de l'Internet classique, est son accessibilité. Même si le média se démocratise et intéresse toutes les tranches d'âge, la fracture numérique, c'est-à-dire la différence dans l'accès aux technologies de l'information entre groupes socio-économiques, reste bien réelle. En utilisant ces outils, surtout s'ils remplacent les médias traditionnels, un organisme touche une partie de son public mais en délaisse une autre et prend ainsi le risque important de participer à l'amplification des inégalités entre ces groupes. Un comble pour des organismes qui, visant la promotion de la santé, se doivent d'être engagées dans la réduction des inégalités sociales de santé.

### Le pour et le contre, avant le choix

Pour un organisme dont les missions touchent à la promotion de la santé, l'utilisation des médias sociaux est un choix qui ne peut se faire sur un coup de tête.

D'un côté, un intérêt grandissant des publics et des organismes pour ces nouveaux outils, qui ne peut être assimilé à un simple effet de mode, la perspective de rester en contact avec son public et d'en atteindre de nouveaux en quelques clics et un pouvoir mobilisateur fort sont susceptibles de séduire. De l'autre, des enjeux importants comme la confidentialité, le droit d'auteur ou encore les inégalités d'accessibilité ne doivent pas être évacués de la réflexion. Finalement, la question ne porte pas tant sur la manière d'être sur le Web 2.0 – car tout cela s'apprend assez facilement et il existe dans la plupart des organisations des employés familiers de ces nouveaux médias – que sur le choix d'y être.

**Pascale Dupuis**

*Avec l'aimable relecture de Benoît Dassy*

# Quelques constats du Conseil supérieur de promotion de la santé

*Le Conseil supérieur de promotion de la santé remet au Gouvernement de la Communauté française des avis destinés à assister ce dernier dans sa politique de promotion de la santé et de médecine préventive. Il s'agit souvent de recommandations techniques, imposées par la législation, ou d'avis ponctuels sur des programmes d'action et de recherche, sur des campagnes médiatiques, des registres de pathologies, etc.*

Le Conseil est aussi amené à répondre à des questions de portée plus générale, et peut aussi prendre l'initiative d'attirer l'attention de la ministre sur une question qu'il juge intéressante ou préoccupante.

Le lecteur consultera utilement le site [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be), qui contient beaucoup d'informations sur le Conseil, dont une partie de ses avis.

L'avis reproduit ci-dessous a été donné le 20 novembre 2009.

Dans son rapport 2004-2009, le Conseil supérieur de promotion de la santé a émis des constats portant sur le champ de la promotion de la santé et la médecine préventive, le financement du dispositif et du secteur, la multiplicité des niveaux de compétences, la difficulté d'évaluer le dispositif et la multiplication des centres de référence.

Dans le présent document, l'actuel Conseil souhaite présenter des recommandations en lien avec les lignes de tension relevées dans ce rapport. Elles portent sur le statut et les orientations budgétaires de la promotion de la santé en Communauté française ainsi que sur les priorités stratégiques à définir pour réduire les inégalités de santé.

Pour rappel, le décret du 14 juillet 1997 mettait en avant la promotion de la santé comme une mise en application des recommandations de l'OMS pour améliorer durablement la santé des populations et lutter contre les

inégalités sociales de santé. Il s'agit de renforcer le pouvoir d'agir des populations et de travailler sur des environnements favorables à la santé (notamment en développant de l'intersectorialité). En agissant sur les déterminants sociaux de la santé, ces stratégies visent à instaurer l'équité en santé<sup>1</sup>. Cette organisation passe par une décentralisation des politiques et un soutien aux acteurs en contact avec les populations.

■  
Si les choix politiques futurs n'infléchissent pas l'évolution budgétaire (des années précédentes), cela risque d'entraîner des écarts de santé de plus en plus grands au sein des populations.  
■

## Premier constat : étroitesse des moyens et choix budgétaires en promotion de la santé

Dans son rapport global 2004-2009, le Conseil a relevé un point de tension concernant le financement du dispositif et celui du secteur de la promotion de la santé ainsi que l'affectation des ressources :

*« Financement du secteur : depuis plusieurs années, en dépit de l'affirmation du Gouvernement pour une attention particulière à la prise en compte des inégalités sociales face à la santé, aux publics jeunes et au secteur associatif, le secteur de la promotion de la santé ne peut que constater un manque de moyens financiers.*

*Les moyens attribués au secteur de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, au niveau communautaire restent dérisoires comparés à ceux affectés au secteur curatif. Cette situation pose à nouveau la question de la répartition des compétences entre les niveaux de pouvoir et celle du finance-*

*ment de la Communauté française » (extrait du rapport CSPS 2004-09).*

*« Financement du dispositif : le décret du 14 juillet 1997 a mis en place un dispositif comprenant les services agréés : SCPS et CLPS. Sur base du décret modificatif de juillet 2003<sup>2</sup>, un centre de référence a été agréé. De nouvelles missions et de nouvelles priorités ont été attribuées aux Centres locaux de promotion de la santé et aux Services communautaires.*

*Au vu des rapports de ces services, les demandes qui leur sont faites sont de plus en plus nombreuses et complexes. Les charges salariales et les coûts de fonctionnement ont augmenté; parallèlement, les financements n'ont pas bougé mis à part l'indexation. Cette situation mène à un goulot d'étranglement qui risque d'aboutir à une situation de blocage du secteur. Ceci est d'autant plus évident pour les CLPS, dont les pôles de compétences se sont développés et diversifiés et dont le rôle de décentralisation devrait être renforcé afin de répondre aux besoins et aux demandes du terrain.»*

Depuis 2003, les choix budgétaires faits par le Gouvernement sont en inadéquation avec les priorités du Programme quinquennal et les stratégies globales. Ils privilégient le développement de programmes organisés de médecine préventive, qui prennent une ampleur telle que plus aucune marge budgétaire n'est disponible pour réaliser les objectifs initiaux du décret de 1997 cités plus haut. Cette orientation « met en péril des programmes de promotion de la santé existants » (extrait du rapport CSPS 2004-09). Elle entraîne également des coûts importants notamment par la création et multiplication de centres de références; citons par exemple, le dépistage néonatal qui s'est développé dans deux programmes distincts (avec pourtant des acteurs identiques) et qui dès lors fait exister des structures supplémentaires et parallèles aux structures existantes (l'ONE par exemple).

<sup>1</sup> Comblent le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, OMS 2008.

<sup>2</sup> Décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 organisant la promotion de la santé.

## Recommandation 1

Le Conseil invite le Gouvernement à examiner le financement du dispositif et du secteur afin de poursuivre les objectifs du décret 1997 et les priorités du Programme quinquennal et des plans communautaires opérationnels. D'une part, les budgets consacrés à la promotion de la santé devraient être augmentés et d'autre part, la priorité devrait être accordée à des actions de proximité auprès de la population, soutenues par des acteurs de promotion de la santé.

Le Conseil considère qu'il faut infléchir l'évo-

lution dans l'allocation des ressources, à savoir : arrêter d'utiliser les moyens disponibles pour développer de plus en plus de programmes verticaux (qui ne prennent en compte que des pathologies séparées) afin de conserver des moyens pour des programmes qui développent des stratégies horizontales. Le Conseil est d'avis qu'au niveau de la construction du budget, une allocation de base globale serait plus pertinente que le découpage actuel et n'empêcherait en rien d'établir des problématiques prioritaires, lesquelles

seraient judicieusement traitées au travers des stratégies de promotion de la santé. Sans attendre les résultats de l'évaluation du dispositif de promotion de la santé et du programme quinquennal qui pourrait amener à préciser des priorités d'action, le Conseil souligne l'urgence de revaloriser les programmes d'action qui s'appuient sur les stratégies de promotion de la santé et tentent d'instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

De plus, le découpage budgétaire actuel réservant des montants à des problématiques de manière séparée appuie ces approches verticales et marginalise les projets globaux qui s'intéressent à la santé de la population sans cibler une thématique en particulier, mais au travers de stratégies horizontales.

Ces phénomènes ne contribuent pas à une approche globale et intégrée de la santé et accentuent la carence budgétaire. Si les choix politiques futurs n'infléchissent pas cette évolution budgétaire, cela risque d'entraîner des écarts de santé de plus en plus grands au sein des populations.

### Deuxième constat : verticalisation et carence des programmes de médecine préventive

Dans son rapport global 2004-2009, le Conseil a relevé un point de tension entre la promotion de la santé et la médecine préventive. « Lors de la discussion du décret de 2003 modifiant celui de 1997, le Conseil avait précisé que le champ de la promotion de la santé intégrait la médecine préventive. C'est ainsi que l'appellation « la promotion de la santé, y compris la médecine préventive... » a été choisie afin de mettre en évidence la nécessité pour les programmes de médecine préventive de s'inscrire dans une approche de promotion de la santé et de développer les stratégies de celle-ci... Le Conseil a relevé à plusieurs reprises la multiplication de centres de référence créés par problématique (cancer, anomalies congénitales, surdité). Cela entraîne une verticalisation de

*plus en plus forte du dispositif et constitue un frein important à une approche globale de la santé envisagée en fonction des publics et/ou des milieux.»*

Actuellement et de manière générale, les programmes de médecine préventive sont pensés au travers d'une approche verticale plutôt que globale. La volonté du législateur d'inclure la médecine préventive dans le décret de promotion de la santé ne porte pas ses fruits car l'organisation de programmes de

médecine préventive montre à ce jour trop peu de mise en œuvre de stratégies de promotion de la santé; ils restent centrés sur une pathologie en particulier.

Les moyens financiers de ces programmes sont consacrés davantage aux actes de dépistage qu'à leur accessibilité sociale et culturelle. Le découpage budgétaire actuel ne fait qu'accentuer cette tendance générale au détriment d'une approche de promotion santé. De manière générale, l'importance

## Recommandation 2

« Le Conseil insiste sur le caractère incontournable de stratégies de promotion de la santé pour que les programmes de médecine préventive aboutissent à leurs objectifs en termes de couverture et aient un impact sur la réduction des inégalités face à la santé. Ce sont les stratégies de promotion de la santé qui permettent une participation éclairée des populations à ces programmes. Les stratégies et méthodes de la promotion de la santé favorisent, auprès des populations, l'ancrage et le travail en profondeur, dans le long terme, des actions de médecine préventive... en agissant sur les déterminants de la santé, sur les processus de changement individuel et collectif » (extrait rapport CSPS 2004-2009).

Dans le cas spécifique de programmes de

médecine préventive organisés, tout programme devrait être pensé pour les avantages qu'il apporte à toute la population qui en bénéficie, en tenant compte au préalable de l'ensemble des priorités de santé définies dans les politiques générales. Le Conseil recommande que, tout comme les programmes d'action, les programmes de médecine préventive organisés se construisent sur les principes et stratégies de la promotion de la santé en considérant l'ensemble des déterminants de la santé des populations et en privilégiant une approche globale et transversale, collective, mettant la personne, le groupe de population, au centre du dispositif plutôt que telle ou telle pathologie.

relative à accorder à la médecine préventive et à la promotion de la santé fait l'objet de débats au sein du Conseil et de façon plus large au sein du secteur de la santé.

### Troisième constat : manque de concertation entre les différents secteurs et niveaux de compétences

Le Conseil a relevé une tension due à la multiplicité des niveaux de compétences :

« Le secteur de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, est confronté à une difficulté institutionnelle qui concerne d'ailleurs l'ensemble de la santé en Belgique. La multiplicité des niveaux de décision, (le niveau fédéral, le niveau régional et le niveau communal) rend plus difficile le travail des acteurs : de plus en plus souvent, des plans apparaissent au niveau national sous l'égide du fédéral qui demande ensuite aux Communautés une déclinaison locale de ces plans. Le manque de concertation et d'élaboration avec l'ensemble des acteurs et publics concernés, ainsi que l'absence de prise en compte des initiatives déjà développées par les entités fédérées posent la question de la pertinence et de la cohérence des programmes implantés au niveau local. Apparaissent également des choix d'orientation différents entre ces niveaux de pouvoir. Ceci est d'autant plus marqué au niveau du secteur de la promotion de la santé qui estime essentiel de mobiliser l'ensemble des acteurs de tous les secteurs concernés : éducatif, socio-culturel, environnemental et social.

### Recommandation 3

Pour mener une politique publique visant à réduire les inégalités de santé, une grande partie des efforts à fournir doit intervenir dans le domaine extra-sanitaire<sup>3</sup>, c'est pourquoi d'autres secteurs doivent être impliqués dans la mise en œuvre et la réalisation de politiques favorables à la santé.

Le Conseil considère qu'une concertation doit être établie avec les autres niveaux de pouvoir pour une véritable « politique publique saine » (logement, enseignement, finances, emploi, environnement...) visant à réduire les inégalités de santé.

Le Conseil a d'ailleurs observé au cours de ce mandat un élargissement des demandes hors du champ des compétences santé prises au sens strict; cet élargissement des demandes et recommandations confirme le caractère transversal des compétences santé de la Communauté française.» (extrait du rapport CSPS 2004-2009).

La Présidente du Conseil, **Chantal Leva**

<sup>3</sup> Comblent le fossé en une génération, instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, OMS 2008.

## Le budget santé de la Communauté française en 2009

*L'an dernier, nous avons fait l'impasse sur la présentation traditionnelle des dépenses de la Communauté française en matière de santé, pour publier une synthèse fouillée des évolutions au cours de la législature qui s'était achevée à la mi-2009<sup>1</sup>. Nous revenons aujourd'hui à un relevé plus classique des dépenses.*

### Les dépenses en 2009

En détail dans le tableau de la page suivante.

### Remarques générales

Le poste le plus important, et de loin, est la vaccination, pour plus d'un quart du total (hors PSE). Cela concerne la gestion de la politique vaccinale de la Communauté française, et aussi (surtout) la participation de la Communauté

au coût de l'achat des vaccins.

La grande modestie des montants consacrés à la prévention cardio-vasculaire laisse quelque peu songeur...

On notera aussi le faible financement de programmes de proximité, la dimension locale de la politique de promotion de la santé étant concentrée sur le financement des CLPS.

### Dotations à plus de 100.000 euros

Impossible de citer ici toutes les initiatives, permanentes ou ponctuelles, soutenues par la Communauté française dans le cadre de son budget 'santé'. Par convention, nous avons sélectionné celles dotées de 100.000 euros ou plus. Cela donne une idée des démarches sur lesquelles la Communauté porte un effort particulier.

### Financement du 'dispositif permanent'

10 centres locaux de promotion de la santé, et 4 services communautaires.

#### Assuétudes

Aider les jeunes dans leurs consommations (Alfa)

Prévention des conduites à risque (Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi)  
Observation toxicomanies (Eurotox)

Programme pluriannuel d'Infor-Drogues  
Réduction des risques en milieu festif (Modus Vivendi)

#### Prévention sida

Pas de grands bouleversements ici, ce sont les bénéficiaires habituels qui ont pu continuer leurs actions : espace 'P', ExAequo, Observatoire du sida et des sexualités, Modus Vivendi, Plateforme prévention sida, SIREAS (migrants).

<sup>1</sup> Voir PEREIRA T., L'évolution et la répartition du budget santé de la Communauté française entre 2004 et 2008, Éducation Santé n° 251, décembre 2009 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1186>)



Programme	Nature	Contenu	2009	En % du budget (hors PSE)
Programme 0	Subsistance	Fonctionnement des conseil et commissions, réunions, enquêtes...	61.700	0,29
Programme 1	Interventions diverses	Accords de coopération et dotation à l'Académie Royale de Médecine	178.229	0,83
<b>Programme 2</b>				
	Contrôle médico-sportif		501.390	2,33
	Mise en œuvre du PCO			
		Vaccination	5.974.433	27,77
		Assuétudes	1.399.580	6,5
		Sida	2.013.084	9,36
		Cancer	2.138.000	9,94
		Cardio-vasculaire	326.150	1,52
		Tuberculose	1.408.000	6,54
		Traumatismes et sécurité	0	0
		Études, recherches et pilotage du PCO	146.310	0,68
		Subventions diverses pour mise en œuvre du PCO	1.023.379	4,76
	<b>Promotion et protection de la santé</b>			
		Dépenses de toute nature	144.967	0,67
		Organismes agréés (CLPS et SCPS)	3.052.409	14,19
		Divers projets	727.080	3,38
		Programmes locaux	317.140	1,47
		Dépistage maladies métaboliques	840.000	3,9
		Dépistage surdité néonatale	365.000	1,7
		Subventions aux programmes de transition professionnelle	13.000	0,06
		Subvention à l'Institut scientifique de santé publique	886.609	4,12
	<b>Total programme 2</b>		<b>21.516.460</b>	<b>100</b>
Programme 3	Promotion de la santé à l'école		19.151.000	-
<b>Total général</b>			<b>40.667.460</b>	

## Cancer

Dépistage du cancer du sein et, nouveauté, dépistage du cancer colo-rectal. Dotation au Registre du cancer.

## Cardiovasculaire

Un seul projet de plus de 100.000 euros, celui de l'asbl Promosanté et médecine générale.

## Tuberculose

Frais de fonctionnement du FARES et de ses unités de secteur.

## Études, recherches, et subventions en relation avec le PCO

Stratégies plurielles de promotion santé en maison médicale : approches communautaires et de santé publique (Fédération des maisons médicales)

Revue *Éducation Santé* (ANMC). Notre publication représente 0,7 % du budget hors PSE.

Programme pluriannuel (CORDES)

Société, culture et promotion de la santé

(Cultures et Santé)

Médiathèque

Formations en promotion de la santé (Repères)

Outilthèque santé (UNMS)

## Autres

Vie affective et sexuelle des personnes handicapées (FUNDP)

Promotion de la santé autour de la naissance (Centre éducation patient)

Promotion de la santé sexuelle en milieu scolaire (Fédération laïque des centres de planning)

Collecte de données (Centre épidémiologie périnatale)

Dotation annuelle à l'Institut scientifique de santé publique.

## Bref commentaire

Malgré une situation financière difficile, le

budget a donc franchi le cap des 40.000.000 d'euros. Cela semble dérisoire comparé au budget fédéral (de plus de 20 milliards), mais cela témoigne aussi de la capacité réelle de la Communauté française à assurer le financement de nouvelles initiatives, tel le programme de dépistage du cancer colo-rectal. D'aucuns regretteront toutefois que les efforts portent sur des matières qui pourraient (devraient) élarger en tout ou en partie au budget fédéral.

Autre point positif, la 'santé' devrait échapper aux sacrifices demandés à d'autres secteurs relevant des compétences de la Communauté.

**Christian De Bock**, avec l'appui de **Didier Lebaillly**, direction de la promotion de la santé Communauté française

## Action communautaire en santé

En 2004, le SEPSAC (voir encadré) a créé un observatoire transnational des pratiques de santé communautaire. À partir de l'analyse des observations réalisées sur le terrain en Belgique, en France et en Espagne et dans une perspective de promotion de la santé communautaire, des recommandations destinées au monde politique ont été élaborées. Ces 8 propositions sont les suivantes :

La plupart des problèmes de santé sont étroitement liés à des conditions de vie, à des facteurs collectifs bien identifiés, qui relèvent de différents secteurs. Il est donc recommandé d'organiser la **collaboration de l'ensemble des secteurs de la vie publique**, à tous les niveaux, pour qu'ils prennent des décisions favorables à la santé/bien-être de tous.

Les inégalités sociales face à la santé ne cessent de croître : la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé est de plus en plus évidente. L'action communautaire est particulièrement indiquée pour atteindre et accompagner des publics fragilisés, marginalisés, voire exclus. Il est nécessaire de **construire une politique de promotion de la santé** basée sur l'analyse des déterminants de la santé.

Un travail de proximité permet de concevoir des politiques adaptées aux différents publics concernés et de favoriser la compréhension et l'adhésion à ces politiques. Il est essentiel **d'intégrer dans les politiques de santé, les démarches communautaires** qui se dévelop-



pent dans une relation de proximité avec les populations locales.

Le cloisonnement institutionnel et la logique des financements thématiques entravent considérablement le travail en intersectorialité. Il est recommandé de **faciliter le cofinancement des projets touchant à des champs de compétences différents** (social, économique, santé, culturelle...).

L'action communautaire en santé participe à une amélioration de la santé globale en agissant sur les facteurs qui déterminent la plupart des besoins de santé. L'organisation actuelle des soins de santé ne répond que très partiellement à ces besoins. **L'action communautaire doit dès lors être reconnue dans la politique de santé, y compris au niveau budgétaire.**

Les démarches communautaires partent de là où sont les gens et sont inscrites dans la durée. **Les dispositifs de financement doivent donc être adaptés aux contraintes des projets et notamment à la contrainte temps.**

Les démarches communautaires s'inscrivent dans une dynamique de changement. Les méthodes de travail et d'évaluation sont spécifiques; elles relèvent de différentes disciplines, sont de nature participatives, et s'intéressent avant tout aux processus. **La pertinence de ces méthodes spécifiques doit être reconnue.**

L'approche globale et communautaire de la santé est peu abordée dans les formations de base des professionnels de la santé et du social. Le **concept de santé globale et l'approche collective** doivent être **renforcés dans les dynamiques de formation** du côté des professionnels et dans la culture citoyenne du côté de la population.

Ces recommandations sont détaillées dans la (belle) brochure « Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques », qui fournit aussi de précieux repères pour l'action à destination des acteurs de terrain.

Trois repères sont propres à une démarche de promotion de la santé : avoir une approche globale et positive de la santé; agir sur les déterminants de la santé; travailler en intersectorialité.

Un repère est méthodologique : mettre en

### Le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC)

Le Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire (SEPSAC) s'est créé en 1986, dans la foulée de la Déclaration d'Alma Ata et de la Charte d'Ottawa. Son but est de tisser des liens entre les professionnels de la santé du secteur primaire, qui développent des pratiques novatrices pour mettre en œuvre une approche globale et intégrée de la santé : appréhender les déterminants de la santé, promouvoir la participation de la communauté à la défini-

tion de ses besoins et à l'élaboration de solutions efficaces.

Les professionnels des centres de santé primaire veulent, à travers le Secrétariat européen, se donner les moyens de promouvoir la santé pour tous par l'approche communautaire en optimisant la synergie entre les expériences communautaires et les résultats de la recherche, entre les politiques et les pratiques, entre la planification et la participation des citoyens.

La branche belge du SEPSAC est représentée par la Fédération des maisons médicales francophones qui regroupe près de 85 maisons médicales implantées en Communauté Wallonie-Bruxelles. Elle a pour objectif général de promouvoir un système de santé organisé à partir des soins de santé primaires, et en particulier de soutenir le travail pluridisciplinaire et communautaire des maisons médicales.

## Quels effets des démarches communautaires sur la santé publique ?

La santé est liée à de nombreux déterminants, qui agissent en synergie. Dès lors, si l'on veut améliorer la santé globale, dans toutes ses dimensions, de manière significative à l'échelle d'une population, il conviendrait de développer une stratégie globale qui intégrerait la prise en compte de l'accès au travail, à l'éducation, à l'habitat, dans le respect de la dignité... En l'absence d'une telle démarche globale, les actions communautaires tout comme d'ailleurs les autres stratégies de promotion de la santé – campagnes d'information, transformation des services de santé, développement de milieux favorables à la santé – ne peuvent

amener que des progrès limités. La complémentarité des actions, leur intersectorialité et transversalité est un facteur essentiel d'efficacité des actions de promotion de la santé. Comment mesurer les effets de l'action communautaire ? Les indicateurs classiques en santé publique mesurent la morbidité, la mortalité, la létalité... De tels indicateurs sont utiles, mais pas suffisants dans une optique de promotion de la santé, puisqu'on cherche ici à améliorer la santé, le bien-être, en amont des phénomènes de morbidité et de mortalité. Mais d'autres indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer les effets des actions communautaires. Ceux-ci s'évaluent en

termes de résultats intermédiaires et/ou de processus : amélioration de la salubrité ou de la sécurité dans un quartier, amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail, augmentation de l'estime de soi dans des groupes marginalisés, renforcement du dialogue entre habitants et services, diminution de certains comportements à risque, développement de l'entraide et de la solidarité, meilleure appréhension des mécanismes sociaux liés à la santé, augmentation de l'autonomie et de la capacité d'agir sur certains déterminants, etc.  
*Extrait, page 12*

place un processus d'évaluation partagée et permanente pour permettre une planification souple.

Enfin, quatre repères sont spécifiques à la stratégie communautaire : concerner une communauté; favoriser l'implication de tous

les acteurs concernés dans une démarche de coconstruction; favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs; valoriser et mutualiser les ressources de la communauté. Le document présente aussi quelques projets concrets, tant en Belgique qu'en France.

*La brochure « Action communautaire en santé » est disponible à la Fédération des Maisons Médicales, Boulevard du midi, 25/5 à 1000 Bruxelles. Elle peut-être commandée/réservée par téléphone au 02 514 40 14 ou par courriel à [france.defrenne@fmm.be](mailto:france.defrenne@fmm.be)*

## OUTILS

### Oh Lila!

#### Description de l'outil

Cet outil pédagogique basé sur le théâtre d'images (kamishibai) permet de travailler la thématique de la recherche d'aide et de soutien. Parfois, il est indispensable de pouvoir trouver de l'aide pour se sortir d'une situation difficile et se sentir mieux. C'est ce que la petite lièvre Lila fait dans l'histoire « Oh Lila ! ». Le set complet contient :

- un théâtre d'images avec 16 images en couleur (format 27,5 cm x 37 cm), texte en français et en allemand;
- un cahier pédagogique;
- des cahiers de jeux pour les enfants « Lila et moi » (20 exemplaires).

**Éditeur - promoteur de l'outil:** Institut Suisse



*de Prévention de l'Alcoolisme et autres toxicomanies (SFA / ISPA), Case postale 870, 1001 Lausanne, Suisse. Tél.: +41 021 321 29 11.*

*Fax : +41 021 321 29 40. Courriel :*

*[info@sfa-ispa.ch](mailto:info@sfa-ispa.ch). Site : <http://www.sfa-ispa.ch>*

*Le set complet coûte 55 CHF (environ 42 €). Les éléments qui constituent l'outil peuvent être commandés séparément. Le cadre en bois, dans lequel s'insèrent les images étayant l'histoire racontée, ne fait pas partie de l'outil, mais peut aussi être commandé séparément.*

#### L'avis de la Cellule d'experts de PIPSA<sup>1</sup>

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (avril 2008).

<sup>1</sup> Voir sur [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org) : [http://www.pipsa.org/index.cfm?Content\\_ID=9431351&R\\_ID=1948771](http://www.pipsa.org/index.cfm?Content_ID=9431351&R_ID=1948771)

## Appréciation globale

Cet outil pédagogique permet, à l'aide d'une histoire simple et proche du vécu quotidien de tous les enfants, d'aborder la demande d'aide lors de situations difficiles. La technique du théâtre d'images permet de faire passer le message sur deux modes : visuel (via de très belles illustrations) et auditif (via la voix de l'adulte).

Le thème est universel, lié au questionnement existentiel, mais concrétisé intelligemment en lien avec les situations quotidiennes de tous les enfants. L'identification est immédiate. L'utilisation en groupe amène le débat entre enfants et la richesse de pouvoir partager des idées.

Le manuel, quoique condensé, fournit dans un langage simple et concret l'essentiel pour animer l'outil. Neutre, nuancé, il rappelle aussi à l'adulte les attitudes éducatives qui freinent/favorisent l'estime de soi.

Aucune compétence particulière n'est requise. D'utilisation souple et facile, l'outil se laisse rapidement apprivoiser. Le séquençage possible permet une utilisation à long terme. Un petit plus : l'outil « Oh Lila ! » prévoit aussi une information pour les parents.

## Objectifs de l'outil

- Apprendre à décoder une situation et son degré de gravité (douleur, peur, désarroi, tristesse...).

- Repérer les aides existantes.
- Encourager et dédramatiser la demande d'aide en cas de difficulté.

## Public cible

De 4 à 8 ans.

## Utilisation conseillée

L'outil s'adapte aussi à une utilisation dans le suivi d'un problème rencontré à l'école. Par ailleurs, d'autres outils pédagogiques travaillent le même thème : Amidou (en l'intégrant dans la thématique plus large de l'estime de soi) et Clever Club pour des enfants plus âgés, tous deux présentés sur [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org).

## VU POUR VOUS

# Mad Men et la pilule

## L'émancipation de la femme : un accouchement difficile

**En quoi la pilule a-t-elle changé la position sociale de la femme ? Tel est l'un des thèmes de la série télévisée *Mad Men*<sup>1</sup>, dont l'action se déroule il n'y a pas si longtemps que cela, à une époque où une femme talentueuse jouissait – dans le meilleur des cas – d'une reconnaissance égale à celle d'un chien capable de jouer du piano.**

Dans le premier épisode de *Mad Men*, une série dramatique américaine relatant le quotidien d'une agence de publicité new yorkaise au début des années soixante, la jeune secrétaire Peggy Olson se rend chez le médecin pour se faire prescrire la pilule contraceptive. C'est sa collègue Joan qui lui a recommandé ce médecin, connu pour donner cette nouvelle forme de contraception aux femmes célibataires. À l'issue d'un bref examen médical, le médecin prescrit en effet la pilule à Peggy mais après l'avoir menacée de lui supprimer son moyen de contraception si elle venait à en abuser et après l'avoir mise en

garde contre les dangers des mœurs dissolues chez les filles.

■  
Mad Men rend parfaitement l'atmosphère d'intimidation sexuelle et de dénigrement de la femme qui régnait aux États-Unis au début des années soixante.  
■

Dans *Mad Men*, le souci de vérité est une notion essentielle : les producteurs de la série refusent par exemple de faire appel à des acteurs ou actrices ayant subi une quelconque forme de chirurgie esthétique, ce qui est logique étant donné que ces interventions n'existaient pas encore dans les années soixante. De même, la scène entre Peggy et son médecin a beau sortir de l'imagination des scénaristes, il y a fort à parier que les jeunes filles de l'époque aient subi une véritable leçon de morale avant de se voir prescrire la pilule.

Ce premier épisode se déroule au printemps de l'année 1960. À cette époque, la pilule contraceptive n'était pas encore disponible sur le marché américain, ou du moins pas officiellement, mais la société Searle produisait déjà depuis quelques années Enovid, une pilule connue pour ses propriétés anticonceptionnelles. Toutefois, en 1957, la Food & Drug Administration (FDA - Service américain responsable de la pharmacovigilance) avait autorisé Searle à commercialiser Enovid uniquement pour traiter les problèmes graves de menstruation. L'emballage devait même comporter une mise en garde avertissant le consommateur que le produit pouvait freiner l'ovulation. Searle dut attendre le mois de mai 1960, soit quelques semaines après la visite de Peggy chez son médecin, pour être autorisée par la FDA à promouvoir Enovid en tant que contraceptif.

Avant ce fameux mois de mai 1960, les femmes qui cherchaient un médecin acceptant de leur

<sup>1</sup> Les DVD des deux premières saisons de cette série d'une qualité exceptionnelle sont disponibles à la vente et en location à la Médiathèque. Le statut de l'alcool et du tabac dans le milieu de l'entreprise au début des sixties tel que reproduit dans *Mad Men* mériterait aussi une analyse... (ndlr)



prescrire de l'Enovid étaient principalement des jeunes filles originaires de grandes villes américaines. Elles dépendaient du bon vouloir de ces médecins, qui exerçaient bien entendu un pouvoir considérable sur leurs patientes et pouvaient à tout moment menacer celles-ci de supprimer leur prescription.

Le fait que ce soit précisément Peggy qui frappe à la porte du médecin pour obtenir la pilule n'est pas un hasard. L'un des principaux thèmes de *Mad Men* est en effet la position de la femme au sein de la société (américaine) au début des années soixante ainsi que l'évolution de la situation durant les Golden Sixties avec la montée du féminisme, la croissance économique et l'arrivée de la pilule.

Et personne n'incarne mieux que Peggy la femme des années soixante. Lorsqu'elle commence à travailler pour l'agence de publicité Sterling Cooper, elle occupe – comme toutes les autres collaboratrices de l'agence – une position subalterne à celle des hommes : en tant que secrétaire du directeur artistique Don Draper, elle doit tenir à jour son agenda, transférer ses appels téléphoniques et lui servir son café ou (plus fréquemment !) son whisky. Tout comme ses collègues féminines, Peggy doit faire face à de nombreuses remarques sexistes dès son entrée en fonction. Il faut



dire que, dans l'univers de Sterling Cooper, les femmes sont davantage appréciées pour leurs déhanchements que pour leurs qualités professionnelles. De même, pour les hommes de l'agence, la secrétaire est avant tout une personne sur qui ils peuvent tester leurs talents en matière de drague. Rien d'étonnant donc à ce que la citation préférée d'un des deux patrons de l'agence, Roger Sterling soit « *When God closes a door, he opens a dress* ». Et lorsqu'on lui demande ce que les femmes veulent réellement dans la

vie, il répond sèchement « *Who cares ?* ».

Le sexisme ne s'arrête pas à la fin de la journée de travail chez Sterling Cooper, il est présent dans chaque aspect de la vie quotidienne. Lorsque Don Draper envoie son épouse Betty – qui se sent de plus en plus prisonnière dans son rôle de femme au foyer – consulter un psychologue, celui-ci estime qu'elle a 'l'âge mental d'un enfant'. Il brise ensuite la relation de confiance qu'il entretenait avec sa patiente pour informer Don de tout ce que Betty lui révèle pendant les séances.

## 20 ans de dépénalisation partielle de l'avortement

Si la pilule fête ses 50 ans cette année, la loi belge relative à l'interruption volontaire de grossesse a quant à elle été adoptée en avril 1990.

L'Institut Émile Vandervelde a organisé le 25 mars dernier à la Maison des parlementaires une rencontre-débat au cours de laquelle le 'combat gagné' fut évoqué brièvement, mais qui fut surtout consacrée au présent de cette question toujours épineuse. **Claudine Mouvet**, présidente du Groupe d'action des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement, rappela d'ailleurs judicieusement que dans le domaine des conquêtes de l'autonomie de la femme, 'rien n'a été donné, tout peut être repris'. Ce n'est sûrement pas le nouveau primat de Belgique qui la contredira !

Les chiffres sur lesquels travaille (difficilement) la Commission d'évaluation de la loi ont également été évoqués. Avec 15 IVG pour 100 naissances, ils sont plutôt bons par rapport à d'autres pays (où il peut y avoir plus de 100 IVG pour 100 naissances), mais cela n'exclut pas des motifs de préoccupation. Ainsi, **Laurette Onkelinx**, Vice-première Ministre, pointa le fait que 42 % des femmes concernées déclarent n'appliquer aucune contraception... Elle put se réjouir sans réserve par contre de la grande sécurité sanitaire apportée par la loi (99 % des interventions se passent sans complications alors que les avortements clandestins avaient parfois des conséquences terribles pour la femme), de la rupture du sexisme qui pesait sur notre pays, et aussi de ce que la loi n'a

donné que plus de valeur au désir d'enfant chez la femme.

Interpellés par des professionnels soucieux d'une meilleure épidémiologie de l'IVG, ou encore demandeurs d'aménagements du texte légal, **Philippe Mahoux**, sénateur et animateur du débat, fit preuve d'une grande prudence en rappelant à l'assemblée que cette loi fut votée par une majorité de circonstance très exceptionnelle, et qu'en remettant la question sur la table, les 'progressistes' pourraient en être pour leurs frais, les 'réactionnaires' n'ayant sûrement pas abdiqué toute prétention à réduire à néant cette avancée majeure de l'émancipation féminine.

**Christian De Bock**

## Les femmes et la contraception aujourd'hui

À l'occasion de la Journée internationale des femmes du 8 mars dernier, la Mutualité socialiste a tenu à rappeler que la contraception représente un acquis essentiel pour la santé et la liberté des femmes. Elle dresse un certain nombre de constats issus de plusieurs études et enquêtes, dont celle qu'elle a confiée récemment à Dedicated Research<sup>2</sup>. Que pensent les femmes de la contraception ? Comment la vivent-elles ? Quels en sont les avantages, les inconvénients ? Qui prend quoi ?

Voici les principaux enseignements de cette enquête.

### La pilule, symbole de liberté

88 % des femmes pensent que la contraception a joué un rôle très important dans la libération des femmes, au même titre que l'accès au travail (84 %) et le droit de vote des femmes (82 %).

### La notoriété, l'utilisation des moyens contraceptifs

La pilule est le moyen contraceptif le plus connu (95 %), devant le stérilet (90 %) et le préservatif masculin (84 %). Certaines méthodes, plus récentes, sont plus connues des jeunes (notamment le patch, l'implant

et le préservatif féminin). Par contre, les différentes 'générations de pilules' sont un concept peu connu : la majorité des femmes sous pilule ne peuvent donner la génération de celle qu'elles utilisent.

### La pilule en tête

La pilule reste de loin le premier moyen contraceptif utilisé (55 %, dont 78 % chez les jeunes de 20 à 30 ans, 56 % des femmes de 20 à 29 ans, 45 % des femmes de 40 à 55 ans). 11 % des femmes n'utilisent pas de moyen contraceptif. En moyenne, les femmes ont déjà essayé 2 moyens contraceptifs.

### Contraception : un an de risque ?

En moyenne, les femmes ont utilisé un moyen contraceptif pour la première fois à l'âge de 17 ans et demi (15 ans et demi chez les 14-19 ans contre 18,4 ans chez les 40-55 ans). Il faut mettre en relation ces chiffres avec l'âge déclaré du premier rapport sexuel qui est de 16,6 ans chez les femmes de 15 à 29 ans (voir enquête « Jeunes : amour, sexe et respect », Mutualité socialiste, décembre 2009).

### Les avantages et les inconvénients

Les principaux avantages reconnus à la pilule sont la régulation du cycle féminin, le fait de ne pas avoir le stress d'une grossesse « surprise »,

sa contribution à la liberté de la femme...

Le prix est le frein le plus important à l'utilisation d'un moyen contraceptif. 1 femme sur 2 trouve que les moyens contraceptifs sont trop chers. La contrainte de la prise journalière et les effets secondaires de la pilule arrivent en deuxième et troisième position des inconvénients cités. Notons que chez les jeunes filles (14-19 ans) « la peur d'en parler » monte à 41 %, elles sont également plus nombreuses (50 %) à estimer que la pilule fait grossir.

### Grossesses non planifiées, contraception d'urgence et avortement

59 % des femmes interrogées ont déjà donné naissance à en moyenne deux enfants. Plus d'une femme interrogée sur 3 (37 %) a déclaré avoir connu une grossesse non planifiée et, dans ce cas, la pilule était utilisée par 1 personne sur 3!

13 % des femmes interrogées et actives sexuellement ont déjà eu recours à l'avortement, 22 % à la pilule du lendemain. Pour cette dernière, la proportion monte à 40 % pour les moins de 30 ans.

*D'après un communiqué de la Mutualité socialiste*

<sup>2</sup> L'enquête « Étude sur les opinions et les comportements des femmes en matière de contraception » a été réalisée par le service marketing de La Mutualité socialiste, en collaboration avec l'institut de sondage Dedicated Research. 818 femmes francophones, âgées de 14 à 55 ans, habitant à Bruxelles et en Wallonie ont été interrogées.

Lors de la diffusion de la première saison aux États-Unis, *Mad Men* a suscité de nombreuses réactions. Certains téléspectateurs estimaient que la série ne dénonçait pas suffisamment le comportement dénigrant de Sterling, Draper et des autres protagonistes masculins vis-à-vis des femmes.

**Matthew Weiner**, créateur et principal scénariste de la série, n'était pas d'accord sur ce point et a lui-même qualifié *Mad Men* de 'série féministe', car elle donnait une image réaliste de la vie de la femme à l'époque. « *Je me suis longuement entretenu avec des femmes qui s'étaient installées à New York à la fin des années cinquante pour travailler dans des bureaux* », expliquait Weiner il y a deux ans lors d'une interview publiée dans *Knack Focus*.

*« Toutes ont déclaré qu'elles se sentaient dépouillées de leur humanité à la fin de la journée. Une personne qui travaillait comme secrétaire à l'époque m'a dit que Mad Men rendait parfaitement l'atmosphère d'intimidation sexuelle et de dénigrement de la femme qui régnait alors. Elle m'a remercié pour avoir montré clairement comment les choses se passaient à l'époque. C'était le plus beau compliment que quelqu'un puisse me faire ».*

Néanmoins, *Mad Men* n'est pas seulement une série féministe qui nous montre tout ce que les femmes devaient endurer il y a cinquante ans. Le téléspectateur y découvre également des femmes qui, malgré tous les obstacles auxquels elles doivent faire face, réussissent à aller de l'avant. Peggy en est le

meilleur exemple. « *Bien sûr, si tu t'y prends bien, on te laissera tranquille et tu ne devras pas travailler du tout* », lui explique sa collègue Joan lors de son premier jour de travail. On comprend rapidement que Peggy n'est pas venue ici pour mettre le grappin sur un homme riche, mais qu'elle possède à la fois l'ambition et le talent pour gravir les échelons.

Lorsqu'on l'autorise à assister aux séances de brainstorming des rédacteurs, elle ne reste pas dans son coin les bras croisés mais donne son avis. Progressivement, son patron se rendra compte qu'elle en a dans la tête (ce qui ne signifie pas pour autant qu'elle sera subitement protégée de toute forme de sexisme : après sa première trouvaille originale lors d'une campagne, un des rédacteurs dit à

Draper : « *It was like watching a dog play the piano* » – C'était comme regarder un chien jouer au piano).

Peggy a beau crever le « plafond de verre » chez Sterling Cooper, elle n'échappe pas aux dilemmes auxquels sont confrontées les femmes au début des années soixante. Grâce à l'invention de la pilule, elles ont pu adopter un comportement sexuel plus insouciant qu'auparavant, mais cela ne veut pas dire pour autant que la société leur reconnaissait cette liberté.

Le coffret DVD de la deuxième saison de *Mad Men* comprend un documentaire intitulé *Birth of the Independent Woman* (La naissance de la femme émancipée), dans lequel plusieurs spécialistes s'expriment sur les chan-

gements sociaux survenus à l'époque. L'un d'entre eux explique que « *les femmes étaient supposées opter pour des tenues sexy mais, si elles tombaient enceintes ou étaient victimes de viol, c'était leur faute, parce qu'elles avaient "séduit" les hommes* ». Cette situation apparaît clairement dans l'une des scènes les plus choquantes de la deuxième saison : Joan, la voluptueuse responsable des secrétaires chez Sterling Cooper, est agressée par son fiancé dans le bureau de Draper, un traumatisme sur lequel elle ne reviendra jamais.

C'est cette même ambiguïté qui fait que le médecin qui prescrit la pilule à Peggy trouve nécessaire de la mettre en garde contre les risques de débauche, alors qu'il néglige de lui expliquer comment fonctionne exactement la

pilule et combien de temps elle devra attendre avant qu'elle soit réellement efficace. Résultat : après une aventure d'un soir avec un collègue, Peggy tombe enceinte, elle accouche dans le plus grand secret et se voit contrainte de confier l'éducation du bébé à sa mère.

Une femme active qui soit aussi une mère, c'est sans doute trop demander dans l'univers de *Mad Men*.

#### **Stefaan Werbrouck**

*Cet article a été publié dans le Knack Extra '50 jaar de pil', mars 2010, et a été traduit et reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur.*

*En couverture, Peggy Olson (interprétée par Elisabeth Moss) et Joan Holloway (Christina Hendricks)*

## Les jeunes filles et leur première prescription de contraceptif

À la fin de son cursus universitaire, le futur médecin généraliste doit réaliser un travail de fin d'étude dont le sujet doit contribuer à améliorer la pratique. Depuis maintenant deux ans et demi, je travaille au sein du Collectif Contraception de Liège. Confrontée régulièrement à des grossesses non désirées chez des jeunes filles, je me suis intéressée au rôle que pouvait jouer le généraliste dans la prévention de ces grossesses. Voilà un magnifique sujet, au cœur de la prévention et de la promotion de la santé.

En Belgique, quelque 18 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont eu lieu en 2007. Ce chiffre reste stable d'année en année. Au Collectif Contraception, un des trois plannings familiaux de Liège réalisant des IVG, ce chiffre a été de 813. Un cinquième de ces IVG concerne des jeunes filles de moins de vingt ans. Il est clair que décider d'interrompre une grossesse n'est pas chose aisée et que ce choix laisse bien souvent de vives cicatrices psychologiques.

D'une étude au sein du Collectif Contraception, il ressort que 50 % des jeunes filles demandant une IVG étaient sous pilule lors de la survenue de la grossesse non désirée. Ce constat m'a beaucoup interpellée puisqu'en tant que généraliste je rédige au minimum une ordonnance de

contraceptif par jour. Dans notre pays, c'est le médecin généraliste qui est le premier prescripteur de contraceptif oral.

Une deuxième étude a été réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins de la Province de Liège. Elle avait comme objectif de relever les habitudes et difficultés du médecin ainsi que les informations délivrées par ce dernier lors d'une première prescription de contraceptif à une jeune fille. J'ai pu constater que le médecin généraliste proposait une pilule pour débiter la contraception et que les autres moyens n'étaient expliqués que si la pilule posait des problèmes. Les informations expliquées aux patientes sont très souvent incomplètes, voire même, parfois, incorrectes.

Une troisième étude menée auprès de jeunes filles confortait ces constatations.

Ces lacunes peuvent être des causes d'échec de la contraception et aboutir à une grossesse non désirée.

Pour que mon travail puisse améliorer la pratique du médecin généraliste, j'ai rédigé un "guide de la contraception". Il s'agit d'un petit livret, très pratique, regroupant toutes les informations qui assureront une contraception efficace. Il doit permettre au médecin généraliste de bien gérer la contraception de ses patientes en première ligne. Ce guide

explique le mode d'emploi de toutes les méthodes contraceptives disponibles, leurs effets secondaires et les conseils pour effectuer un changement de contraception s'il est demandé par la patiente ou indiqué par la survenue d'effets secondaires.

La contraception est un problème qui nécessite des réponses rapidement. Un avis gynécologique, avec trois mois de délai, arrive bien souvent trop tard ! Ce guide n'attend plus qu'une publication pour être utile. Mon travail s'est donc axé sur la prévention que pouvait avoir le médecin généraliste par rapport aux grossesses adolescentes. En réalité, le problème des grossesses précoces recouvre des notions bien plus larges qu'un manque d'informations. En effet, il existe un grand nombre de mécanismes psychologiques comme les désirs de grossesse ou de maternité inconscients. Il circule aussi parmi les jeunes un grand nombre de croyances erronées sur la contraception. Sur cela, le médecin n'a que peu de prise. L'éducation des jeunes à la vie sexuelle et affective est donc primordiale puisqu'elle permet de les sensibiliser à une sexualité épanouie et sans risques.

**D' Corinne Neerdal**, Prix du Centre liégeois de promotion de la santé 2009

## BRÈVES

« Il est temps que les pouvoirs publics balisent la notion de 'responsabilité sociale' (des entreprises) en établissant des critères d'honnêteté, de transparence. »  
(**Éric De Keuleneer**)

### Évaluation

Vous avez été très nombreux à répondre au questionnaire relatif à notre site Internet, que nous vous avons envoyé à l'occasion de la mise à jour du fichier des abonnés. Près de 1.000 réponses pour une revue diffusée à 3.000 exemplaires, pas mal ! Soyez-en remerciés.

À la question de savoir si vous souhaitez recevoir la revue en PDF, beaucoup d'entre vous ont répondu positivement, que ce soit complémentirement à l'abonnement 'papier' ou à la place de celui-ci. Un peu de patience, cela sera fait prochainement...

### Alzheimer

#### Bruxelles

21 septembre 2010

'La maladie d'Alzheimer mieux accompagnée en 2010 ?', 10<sup>e</sup> colloque d'Alzheimer Belgique, à l'occasion de la Journée Mondiale de la maladie d'Alzheimer.

#### Programme de la journée :

- 08h30 Allocution d'**Armand De Decker**, Président d'honneur de l'Association
- 08h40 Allocution de **Benoît Cerexhe**, Ministre bruxellois en charge de la Santé
- 08h50 Allocution d'un représentant du Ministère de la Santé
- 09h Mot de bienvenue de **Marguerite Mormal**, Présidente d'Alzheimer Belgique
- 09h15 Les lits de crise et le projet de maison kangourou, **Chantal Durant**, directrice de nursing, Home Arcadia CPAS Molenbeek-Saint-Jean
- 09h45 La vie Alzheimer au quotidien, une nouvelle approche des malades, **D' Linda Benattar**, directrice médicale, ORPEA, France
- 10h15 Solutions architecturales innovantes pour l'hébergement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, **Ève Van Dyck**, architecte, Osar Antwerpen
- 11h15 Apprivoiser la maladie d'Alzheimer, **Bénédict Gombault**, coordinatrice de projets à la Fondation Roi Baudouin
- 11h45 L'art-thérapie : un support à l'émergence, **Nathalie de Wouters d'Oplinter**, psychologue et art-thérapeute, ASBL Alzheimer Belgique
- 12h15 Questions – réponses
- 12h45 Clôture

Modératrice : **Françoise Wolff**, journaliste scientifique.  
L'accréditation a été obtenue pour le personnel soignant et les directeurs de maisons de repos.  
Inscription : 15 € à verser au compte 068-2436946-42 avec la mention « Colloque 2010 + nom du (des) participant(s) ou de l'Institution »  
*Renseignements : Jean Fudel, Alzheimer Belgique asbl, Boulevard Lemonnier 144, 1000 Bruxelles.*  
*Tél. et fax secrétariat 02 428 28 10.*  
*Site : [www.alzheimerbelgique.be](http://www.alzheimerbelgique.be).*  
*Courriel : [info@alzheimerbelgique.be](mailto:info@alzheimerbelgique.be)*

### Estime de soi

#### Liège

De septembre à décembre 2010

Le Centre de planning familial Le « 37 » organise des ateliers estime de soi.  
L'équipe vous propose un travail en petits groupes avec des apports théoriques et des exercices individuels et collectifs. Chaque participant(e) se donne un objectif personnel, fil rouge entre les séances, que chacun essaiera d'atteindre grâce au soutien du groupe.  
L'atelier est ouvert à tout adulte et jeune adulte, homme ou femme, il se limite à 8 personnes et est encadré par un(e) animateur(trice). Le module comprend 6 séances de 3 heures.  
Lieu : rue St Gilles 29, 4000 Liège  
Dates : en journée de 13h30 à 16h30 ou en début de soirée de 18h à 21h, les mardis 28 septembre, 12 et 26 octobre, 9 et 23 novembre, et 7 décembre 2010.  
Le centre se réserve le droit de reporter une session si le nombre minimal de participants n'est pas atteint.  
Le prix est de 120 € pour le module entier. Réduction de 30 € pour les membres de la Mutualité chrétienne de Liège en ordre d'assurance complémentaire. L'inscription est indispensable et demande un entretien préalable gratuit.  
*Renseignements : 04 223 077 89.*

### Maltraitance personnes âgées

#### Charleroi

1<sup>er</sup> octobre 2010

Cinéma-débat sur la thématique « Maltraitance des personnes âgées, parlons-en ! », organisé par Respect Seniors, Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.  
Date : vendredi 1<sup>er</sup> octobre 2010, 13-16h  
Lieu : au Cinéma le Parc, rue de Montigny 58, 6000 Charleroi.  
Entrée libre.

*Renseignements et inscriptions : Respect Seniors, antenne du Hainaut oriental, tél 071 70 27 81, fax 071 70 28 82, courriel : [hainaut.oriental@respectseniors.be](mailto:hainaut.oriental@respectseniors.be), site : [www.respectseniors.be](http://www.respectseniors.be)*

### Mammotest

#### Bruxelles

5 octobre 2010

La Mutualité socialiste et les Femmes prévoyantes socialistes organisent une journée sur le thème 'Dépistage du cancer du sein en Communauté française : quelle participation ?'  
La participation des femmes, le rôle des médecins, les actions et études sur le sujet seront au menu des réflexions.

#### Le programme

Introduction, par **Jean-Pascal Labille**, Secrétaire général de l'UNMS et **Fadila Laanan**, Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances de la Communauté française, par le **Prof. Anne Vandebroucke**, Coordinatrice du Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein en Communauté française  
Le programme à Bruxelles, par le **D' Jean-Benoît Burriou**, Directeur médical Brumammo  
Bilan de 6 ans de programme, par le **D' Valérie Fabri**, UNMS-Agence intermutualiste  
Questions-réponses  
Lunch  
Campagne de feed-back auprès des médecins, par le **D' Valérie Fabri**  
Rôle du médecin généraliste dans le programme, par le **D' Myriam Provost**, SSMG  
Rôle du radiologue dans le programme, par le **D' Luc Sergeant**, radiologue  
Questions-réponses  
Pause  
Attitudes des femmes : présentation des résultats de l'étude FPS-CRIOC, par **Sarah Hibo**, Service Études des FPS  
Actions de terrain avec les femmes pour améliorer la couverture, par le **D' Pierre Baldewyns**, Service Promotion de la santé de l'UNMS, le **D' Michel Boutsen**, Direction Études de l'UNMS, et **Sylvie Pinchart**, Secteur socio-culturel des FPS  
Clôture, par **Dominique Plasman**, Secrétaire générale des Femmes prévoyantes socialistes  
Cette journée se passera de 8h30 à 17h à l'International Auditorium, Bd du Roi Albert II 5/2, 1210 Bruxelles.



PAF : 15 € (gratuit pour chômeurs, pensionnés et réseau interne). Inscriptions avant le 28/9 au 02 515 04 01, par fax au 02 515 18 81, par courriel à [fps@mutsoc.be](mailto:fps@mutsoc.be) ou en ligne sur [www.femmesprevoyantes.be](http://www.femmesprevoyantes.be).  
Renseignements : Inge Robyn (02 515 06 40, [inge.robyn@mutsoc.be](mailto:inge.robyn@mutsoc.be)).

## Dépistage Charleroi

Du 7 au 28 octobre 2010

Carolo Prévention Santé lance un programme de formation d'animateur/trice du jeu « Gynoquid » et de personnes 'relais population' pour promouvoir le dépistage des cancers féminins<sup>1</sup>.

### Objectif général

Optimiser les connaissances et acquérir des compétences spécifiques pour améliorer les démarches de promotion et de sensibilisation au dépistage des cancers féminins.

### Objectifs spécifiques

Acquérir une culture et un langage commun de la sensibilisation au dépistage des cancers féminins. Adopter une démarche de sensibilisation et de communication appropriée aux différents publics féminins et à leurs contextes environnemental et socioculturel.

### Aptitudes et compétences à développer

Acquérir des connaissances sur les cancers féminins et leurs examens de dépistage.  
Travailler sur les représentations et les relations entre la femme et son corps.  
Développer des connaissances sur la féminité, la sexualité et la sensualité.  
Développer des connaissances sur les réalités psychosociologiques et culturelles du public cible.  
Réfléchir sur l'intégration de ces acquis dans son travail quotidien.

### Organisation de la formation

#### Pédagogie

Pédagogie interactive visant à enrichir et dynamiser les expériences et réalisations individuelles et collectives.  
Mise en évidence des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être de chacun afin que tous s'approprient la démarche en fonction de leurs besoins respectifs.  
Alternance d'exposés théoriques et de mises en situations pratiques, ateliers et travaux de groupe, mises en situation, projections vidéos, discussion et

réflexion.  
Evaluation à court terme, à l'aide d'un questionnaire d'évaluation, ainsi qu'évaluation à 9 mois – supervision de pratiques  
*Un dossier documentaire sera remis aux participants à la fin de la formation.*

La formation aura lieu à l'Espace santé,  
Bd Zoé Drion 1 à 6000 Charleroi

### Programme

#### Jour 1 (07 octobre 2010)

9h - 9h15 Accueil des participants  
9h15 - 9h30 Présentation de la formation (horaires, programme, objectifs)  
9h30 - 12h30 Travail sur les représentations, synthèse et apports des formatrices  
12h30 - 14h Déjeuner  
14h - 16h30 Approche de la sexualité humaine (homme - femme) en insistant sur la sexualité féminine

#### Jour 2 (14 octobre 2010)

9h Accueil des participants  
9h10 - 10h45 Intervention du Centre de référence communautaire des cancers  
11h - 12h15 Intervention d'un gynécologue  
12h30 - 14h Déjeuner  
14h - 16h30 Travail sur les freins et les arguments au dépistage et synthèse

#### Jour 3 (21 octobre 2010)

9h Accueil des participants  
9h - 12h Travail sur les arguments, mise en situation  
12h - 13h Intervention d'un médecin généraliste  
13h - 14h30 Déjeuner  
14h - 16h30 Approche des femmes en situation de précarité (victime de violence, problème psychologique, pauvreté...), homosexualités féminines, femmes seules, culture et religion, croyances

#### Jour 4 (28 octobre 2010)

9h Accueil des participants  
9h - 10h Présentation du jeu *Gynoquid*  
10h15 - 12h30 Mise en situation collective du jeu  
12h30 - 14h Déjeuner  
14h - 16h Mise en situation individuelle du jeu  
16h - 16h30 Evaluation de la formation  
*Si vous êtes intéressé(e) par cette formation, vous pouvez vous inscrire par courriel à [carolo.preventionsante@scarlet.be](mailto:carolo.preventionsante@scarlet.be) ou par téléphone au 071 92 53 51.*

*Ne tardez pas à réagir, le nombre d'inscriptions est*

*limité. Un courrier de confirmation vous sera envoyé en septembre 2010.*

## Accompagnement à domicile

### Libramont

7 et 8 octobre 2010

«Être accompagné à domicile, un défi au quotidien ».

La Mutualité chrétienne et ses partenaires (Aide & Soins à Domicile, Vitatel, Qualias, UCP, Altéo, Solival Wallonie...) consacrent deux journées au thème de l'accompagnement à domicile.

Ensemble, ils présentent de nombreuses réponses aux besoins de la personne malade ou diminuée, sans oublier les besoins tout aussi importants de l'aidant proche.

### Le 7 octobre 2010

De 13h15 à 18h15 :

Ouverture au grand public (entrée libre) avec stands, exposition de matériel d'aide et de soins, ateliers « prévention des chutes » et « aides au transfert », et de nombreux professionnels à l'écoute.

Conférence de **Anne Jaumotte** (UCP) sur le rôle de l'aidant proche (de 15h15 à 16h15).

Dès 19h :

Conférence (accès réservé aux professionnels de la santé, sur invitation uniquement) avec l'intervention de **Pascale Adam** (directrice provinciale d'ASD) qui présentera le projet de soutien à l'aidant « Un souffle à la vie » (Protocole 3); du philosophe **Michel Dupuis** qui parlera de la mise en réseau du maintien à domicile; et du Professeur **Christian Swine** (gériatre à Mont-Godinne) qui évoquera différents aspects plus médicaux tels que les solutions et alternatives, la médication, le système d'intégration des soins...

**La matinée du 8 octobre** sera consacrée aux élèves et futurs professeurs des sections « aides familiales » et « aides soignants » (sur invitation uniquement).

Renseignements : *Sylvie Reuter, Service Infor Santé de la MCPL, tél. 063 211 880, courriel : [sylvie.reuter@mc.be](mailto:sylvie.reuter@mc.be)*

<sup>1</sup> Cette formation s'inscrit dans une vaste initiative de promotion du dépistage des cancers du sein et du col, par le jeu ou par la relation individuelle. Elle est proposée par l'asbl Carolo Prévention Santé, en partenariat avec de nombreuses organisations locales. Nous y reviendrons prochainement.

## Assuétudes

### Liège

À partir du 11 octobre 2010

Le Centre Nadja propose un cycle de formation intitulé « Communication et assuétudes ».

La consommation est un comportement qui a du sens pour la personne et s'inscrit dans la logique de son expérience de vie et dans les rapports qu'elle entretient avec ses différents environnements. La communication est dès lors au centre de toute démarche thérapeutique ou préventive : celles-ci doivent se construire sur la base des attentes, des représentations et du vécu des personnes auxquelles on s'adresse.

La formation s'articule en deux temps : le cycle de base (5 jours) croise des techniques de communication avec des connaissances et grilles de lecture dans les domaines de la consommation, des assuétudes, des comportements à risque et de la cyberdépendance; il peut être complété par deux modules de 4 jours :

« Prévention » ou « Relation d'Aide ».

Public cible : Professionnels travaillant avec des jeunes (éducation, enseignement,...), professionnels susceptibles de travailler avec des consommateurs à risque ou dépendants.

Cycle de base :

- 5 modules d'une journée : les 11, 12, 28 octobre et les 18 et 30 novembre 2010 de 10 h à 16 h
- 2 séances d'exercices : les 9, 23 novembre 2010 de 9 h à 12 h

Approfondissements : dates à fixer avec les participants

Lieu : Centre Nadja 56, rue Souverain-Pont à 4000 Liège

Prix : 150 € (pour 5 journées de formation et deux modules d'exercices) à verser au compte 068-2451229-66 du Centre Nadja (réduction de 50 % pour les étudiants et demandeurs d'emploi)

Inscriptions et renseignements complémentaires :

Centre Nadja – tél. 04 223 01 19 -

[nadja.asbl@synet.be](mailto:nadja.asbl@synet.be) - [www.nadja-asbl.be](http://www.nadja-asbl.be).

## Epilepsie

### Bruxelles

14 octobre 2010

Conférence-débat « Mon enfant a une épilepsie... », par le Docteur **P. Van Bogaert**, neuropédiatre (20h).

Lieu : Ligue francophone belge contre l'épilepsie, avenue Albert 49, 1190 Bruxelles.

Inscriptions (au plus tard deux jours avant):

[clairegillis@ligueepilepsie.be](mailto:clairegillis@ligueepilepsie.be) ou

[giselemotheu@ligueepilepsie.be](mailto:giselemotheu@ligueepilepsie.be) ou tél. 02 344 32 63.

Renseignements : [www.ligueepilepsie.be](http://www.ligueepilepsie.be)

## Tabacologie

### Bruxelles

D'octobre 2010 à avril 2011

Formation continuée en tabacologie 2010-2011.

L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il intègre les aspects promotion santé, santé publique et législatifs. Il prépare à l'abord clinique spécialisé de l'arrêt du tabagisme et à la recherche dans ce domaine. Les relations et les similitudes avec d'autres assuétudes sont également abordées. Formation sanctionnée par un examen écrit QCM, un travail de fin d'études et un stage de 3 jours.

Dates : les samedis 16 octobre, 27 novembre, 18 décembre 2010, 15 janvier, 19 février, 19 mars et 2 avril 2011.

Lieu : FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

Accréditations demandées. Prix : 500 € - Étudiants de plein exercice : 250 €.

Renseignements : 02 512 29 36 ou site [www.fares.be](http://www.fares.be) (programme). Inscription sur candidature au FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

## La fête à PIPSa

### Bruxelles

23 novembre 2010

10 ans, ça se fête !

Il y a 10 ans, avec pour bonnes marraines la Mutualité socialiste et la Communauté française, naissait l'Outilthèque santé. Ses heureux parents, le Service Promotion de la Santé de l'UNMS et la cohorte des « experts PIPSa », vous invitent à sa fête d'anniversaire.

#### Au programme

Retour sur 10 ans d'Outilthèque santé, le centre de référence de jeux et outils pédagogiques favorisant les démarches actives en promotion de la santé.

La santé pour tous, c'est possible ? Oui, grâce à vous ! Un travail commun sur la place de l'outil dans la réduction des inégalités sociales de santé vous sera proposé.

Et en guise de cadeau d'anniversaire : un nouveau site PIPSa tout beau tout chaud.

#### Infos pratiques

##### Organisation

Service Promotion de la santé, Union nationale des Mutualités socialistes, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 515 05 85. Fax : 02 515 06 11.

Courriel : [promotion.sante@mutsoc.be](mailto:promotion.sante@mutsoc.be).

Sites : [www.mutsoc.be](http://www.mutsoc.be) - [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

PAF : Gratuit, mais inscription obligatoire

##### Inscriptions

A partir du 1<sup>er</sup> octobre. Veuillez nous contacter par courriel, par téléphone ou sur [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

## Législation

Le parlement de la Communauté française a voté le 7 juillet un décret modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

#### Texte :

Article 1<sup>er</sup> L'article 9 du décret du 26 mars 2009 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française est abrogé.

Article 2 Le chapitre VI est remplacé par le chapitre suivant :

« Chapitre VI - Dispositions transitoires

Art. 18. Afin de pouvoir procéder à une évaluation du programme quinquennal et à la présentation au Parlement du rapport visé à l'article 2, § 2/1, le programme quinquennal de promotion de la santé, visé à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, couvrant la période 2004-2008, est prolongé jusqu'au 31 décembre 2011.

Art. 19. Le Gouvernement peut prévoir, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, que les agréments octroyés aux services communautaires de promotion de la santé qui viennent à échéance dans le courant de l'année 2010 sont prolongés de 2 ans.

Art. 20. Le Gouvernement peut prévoir, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, que les agréments octroyés aux centres locaux de promotion de la santé qui viennent à échéance dans le courant de l'année 2010 sont prolongés de 2 ans.»

**Commentaire :** l'article 9 prévoyait le prolongement du Programme quinquennal 2004-2008 jusqu'au 31 décembre 2010. Le Programme est maintenant prolongé d'une année supplémentaire.

Les deux autres dispositions permettent aux services communautaires et centres locaux concernés de garder leur agrément au terme de leur reconnaissance actuelle pour 2 années supplémentaires, dans l'attente d'une réforme en profondeur du dispositif de promotion de la santé et de médecine préventive. Cette réforme pourrait intervenir après une évaluation de l'ensemble du dispositif, dont les résultats sont attendus courant de l'année prochaine.

## Internet

Les Services communautaires de promotion de la santé agréés par la Communauté française ont maintenant un site commun, [www.scps.be](http://www.scps.be). La porte d'entrée en est une foire aux questions que ceux qui souhaitent élaborer un projet sont à même de se poser. Simple et efficace façon pour ces 4 équipes de partager leur expertise.

Depuis quelques semaines, *La Santé de l'homme*, le bimestriel de l'INPES dont nous vous présentons régulièrement le sommaire en quatrième de couverture, est accessible en PDF sur Internet à l'adresse [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr). En outre, les sommaires, index et certains articles parus avant 2010 sont également consultables en ligne. Pour la fin de l'année, c'est l'intégralité des articles publiés depuis 2000 qui sera disponible. Une excellente nouvelle pour les promoteurs de la santé !

## Revues

### Les rencontres Prescrire à Bruxelles

Les Rencontres bisannuelles de la revue *Prescrire* ont eu lieu cette année sur le site de la Faculté de médecine de l'UCL<sup>2</sup>, avec comme thème 'Pour des soins de qualité accessibles'. Une préoccupation d'actualité brûlante semble-t-il, qui était déjà à l'origine de la création du magazine voici une bonne trentaine d'années !

Profitons donc de l'occasion pour rendre hommage à cette publication de grande qualité destinée aux professionnels de santé, qui cultive féroce-ment une indépendance totale depuis belle lurette : elle est évidemment hermétique à tout financement par l'industrie du médicament et des produits de santé, mais aussi à l'abri de toute pression d'un pouvoir subsidiant quel qu'il soit : depuis très longtemps, *Prescrire* vit exclusivement de son lectorat, composé d'environ 30.000 abonnés fidèles (à 85 %), et, ce qui est plutôt rassurant, plus jeune que la moyenne des praticiens.

Autre caractéristique remarquable de ce mensuel pas comme les autres, les articles et dossiers qu'il publie sont signés sobrement 'Prescrire'. Et ce, non pour cacher une quelconque gêne de ses collaborateurs, mais au contraire pour affirmer la spécificité d'un travail de veille documentaire et d'écriture qui ne peuvent être que pluridisciplinaires et collectifs pour atteindre un vrai niveau d'excellence. **Bruno Toussaint**, le rédacteur en chef de *Prescrire*, nous confiait d'ailleurs que ce n'est pas sans troubler les gestionnaires (anglo-saxons pour la plupart) des grandes bases de données médicales, qui n'ont pas l'habitude d'une telle modestie de la part des auteurs qu'ils indexent !

On comprendra, dans ces conditions, que les co-organisateurs des rencontres issus du Centre

académique de médecine générale de l'UCL<sup>2</sup> aient déclaré que « *collaborer avec Prescrire avait quelque chose d'excitant pour nous* ».

En tout cas, cette 'délocalisation' à Bruxelles s'est révélée un plein succès, puisqu'il y avait deux fois plus de participants cette année qu'en 2008 à Rennes ! Profitons-en aussi pour signaler que l'accès au fonds documentaire de *Prescrire* vient d'être amélioré, avec un moteur de recherche en ligne très puissant qui donne aux abonnés (il faut donc s'inscrire au préalable avec son numéro d'abonné) un accès facile à tous les textes publiés à ce jour, au format PDF. Remarquable, une fois de plus.

*Prescrire*, 83 Bd Voltaire, 75011 Paris. Courriel : [contact@prescrire.org](mailto:contact@prescrire.org). Internet : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)

### Prospective Jeunesse

Le numéro 54 de ce trimestriel 'relooké' récemment aborde une question essentielle, 'Le risque, une histoire de vie', avec entre autres des contributions du philosophe **Frédéric Neyrat**, auteur de la 'Biopolitique des catastrophes', et une analyse des 'Conduites à risque à l'adolescence', par le sociologue **Damien Favresse**.

De quoi nous familiariser avec une notion fondamentalement ambivalente, tantôt connotée positivement (la prise de risque synonyme de liberté, de réflexivité, d'invention et d'émancipation), tantôt stigmatisée comme accident, menace, danger contre lesquels il convient de se prémunir, ainsi que le souligne **Julien Nève**, rédacteur en chef de *Prospective Jeunesse* dans son texte 'Le risque à deux faces'.

Abonnements : institution 24 euros (28 autres pays), individuel 20 euros (24 autres pays), étudiants 15 € (20 autres pays). Prix au numéro : 7 €. *Prospective Jeunesse*, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Courriel : [revue@prospective-jeunesse.be](mailto:revue@prospective-jeunesse.be)

## Publications

### Dossiers techniques

Deux nouveaux dossiers techniques publiés par le **RESO-UCL** :

- Comment améliorer la participation des personnes âgées en consultation de médecine générale ?, à la demande et en collaboration avec le Centre académique de médecine générale de l'UCL, 27 pages, par **Geneviève Hubert** et **Dominique Doumont** (référence : 09-55).

- Maladie chronique, adolescence et risque de non-adhésion : un enjeu pour l'éducation des patients ! Le cas des adolescents transplantés, 19 pages, par **Isabelle Aujoulat** et **Dominique Doumont** (référence 09-56).

Les dossiers techniques, revues de littérature sur des questions en rapport avec la promotion de la santé, peuvent être réalisés gratuitement sur demande faite par tout organisme belge de promotion de la santé, grâce au financement de la Communauté française.

Ils sont consultables à l'adresse [www.uclouvain.be/reso](http://www.uclouvain.be/reso), et peuvent aussi être commandés à l'adresse suivante : RESO-UCL, École de Santé publique, clos chapelle-aux-champs 30 Bte 3001, 1200 Bruxelles.

### Alzheimer

La **Fondation Roi Baudouin** propose 'Un autre regard sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées', une brochure de 48 pages qui aborde le sujet de manière judicieuse et sensible en partant d'idées reçues qu'elle déconstruit avec clarté et en s'appuyant sur de nombreux témoignages. Téléchargeable gratuitement sur le site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be). Version imprimée disponible gratuitement sur simple demande à l'adresse [publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) ou auprès du centre de contact de la Fondation au 070 233 728.

## DG Santé

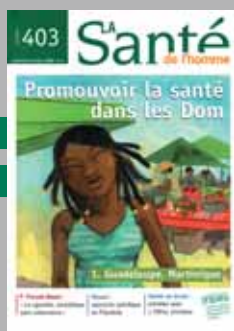
Cinq ans après le décès du regretté **Willy Brunson** (1943 – 2005), après une longue période de recrutement et un intérim de quelques mois assurés par l'Administrateur général de l'Aide à la jeunesse, de la Santé et des Sports **Olivier Degryse**, la Communauté française a son nouveau Directeur général de la Santé depuis l'entrée en fonction du **D' Serge Carabin** le 1<sup>er</sup> juillet dernier.

### Changement d'adresse

Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon (CLPS-Bw) a déménagé cet été. Nouvelle adresse : Parc des Collines, Bâtiment Copernic, av. Einstein 4, 1300 Wavre. Tél.: 010 62 17 62. Fax : 010 61 68 39. Courriel : [info@clps-bw.be](mailto:info@clps-bw.be). Site : [www.clps-bw.be](http://www.clps-bw.be).

Les nouveaux locaux seront accessibles à partir du 13 septembre.

<sup>2</sup> Avec aussi la Fédération des maisons médicales, le Groupe de recherche et d'action pour la santé et la Société scientifique des pharmaciens francophones.



## Dossier: Promouvoir la santé dans les Dom

### Introduction

Yves Géry, Elodie Aïna

### Guadeloupe

Guadeloupe : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé, *Patrice Renia*  
Un programme de prévention des risques liés à la chlordécone en Guadeloupe, *Guillaume Pompougnac, Olivier Reilhas, Pascale Mélot*  
Un réseau de soins sur l'hypertension en Guadeloupe, *André Atallah, Joël Samuel*  
Caractéristiques des usagers de crack en Guadeloupe, *Séverine Ferdinand, Max Théodore, Tony Romuald*  
Enquête sur la prostitution en Guadeloupe, pour améliorer la prévention, *Françoise Guillemaut, Martine Schutz-Samson*

### Martinique

Martinique : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé, *Karyne Pierre-Louis, Serge Domi, Sylvie Merle*  
Jardins familiaux et chlordécone en Martinique : conseiller pour prévenir, *Didier Chatot-Henry, Josselin Vincent*  
Approche communautaire pour prévenir la dengue à la Martinique, *André Yébakima, Clara Desportes, Denis D'abadie de Lurbe, Renélise Pélagie*  
Un diplôme universitaire de promotion de la santé pour la Martinique, *Didier Chatot-Henry*  
Martinique : une consultation mémoire pour les aînés, *Carolle Chatot-Henry, Claudia Leuly-Joncart, Sandrine Ivrisse*

CHU de Fort-de-France : un programme de prévention des brûlures, *Didier Chatot-Henry, Julien Pourcel, André Marie-Nelly*  
Substances psycho-actives : les particularités de la Martinique, *Sylvie Merle*  
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet, Bruno Moutoussamy*

## Rubriques

### Qualité de vie

« La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance », entretien avec *Patrick Peretti-Watel*

### Etudes

Pratiques d'alcoolisation en Polynésie française, *Marie-Françoise Brugiroux, Nicole Cerf, François Beck*

### La santé à l'école

« Pour certains élèves, le lycée est une deuxième maison », entretien avec *José Rémy*

*L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.*

*Pour tout renseignement : La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*

Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

**Comité opérationnel :** Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege

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

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

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 1.500 exemplaires.

**Diffusion :** 1.300 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education 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 Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

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

## SOMMAIRE

### Initiatives

Prévention des IST/sida : une analyse commune pour l'action, par *Vladimir Martens* 2

La santé spirituelle en questions : un séminaire en préparation par l'APES-ULg, par *Gaëtan Absil* 3

11<sup>e</sup> Rencontre internationale Femmes et Santé 5

Se dégager de la cigarette... en groupe, par *François Dekeyser et Emilie Vanderstichelen* 6

Pratiques communautaires et développement local 7

### Réflexions

Les médias sociaux, une opportunité pour les organismes de santé ? par *Pascale Dupuis* 8

### Stratégie

Quelques constats du Conseil supérieur de promotion de la santé, par *Chantal Leva* 10

Le budget santé de la Communauté française en 2009, par *Christian De Bock et Didier Lebailly* 12

### Matériel

Action communautaire en santé 14

### Outils

*Oh Lila!*, sur le thème de la recherche d'aide et de soutien 15

### Vu pour vous

La série télé *Mad Men* et la pilule, par *Stefaan Werbrouck* 16

### Brèves

20

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.

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

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

**Ont collaboré à ce numéro :** Gaëtan Absil, François Dekeyser, Pascale Dupuis, Didier Lebailly, Chantal Leva, Vladimir Martens, Corinne Neerdal, Emilie Vanderstichelen, Stefaan Werbrouck.

**Documentation :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

**Contact abonnés :** Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, [maryse.vanaudenhaege@mc.be](mailto:maryse.vanaudenhaege@mc.be)).

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris,

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

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)**

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.