



## Premier bilan et perspectives du programme de dépistage du cancer colorectal

# Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives

**Près de deux années après son démarrage, le temps est sans doute venu d'une réflexion globale sur le déroulement du programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française.**

En tant que Service communautaire en promotion de la santé agréé pour la communication, Question Santé asbl a été chargée de coordonner la campagne initiale de communication de ce programme pour l'ensemble de la Communauté française. Susciter l'intérêt du public pour le dépistage du cancer colorectal, l'informer sur ce sujet largement méconnu et l'inciter au dépistage constituaient les principaux et délicats défis à relever.



## Quels sont les résultats du programme ?

Le Centre de référence pour le dépistage des cancers a communiqué quelques chiffres pour la période du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 28 février 2010<sup>1</sup>. On dénombre pour cette première année 42.928 personnes qui ont participé au programme (entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 31 janvier 2010, 535.926 invitations ont été envoyées). Notons ici une première difficulté : le taux de

participation de la population est difficile à chiffrer avec précision, puisqu'une partie de la population invitée (estimée à  $\pm 7\%$ ) réalise des coloscopies en dehors du programme (cadre diagnostic ou curatif) ; pour ces patients, il n'est transitoirement pas nécessaire de pratiquer le dépistage par Hemoccult<sup>®</sup>. On peut néanmoins constater que le démarrage du programme est timide et que 15 % environ

de la population cible bénéficie d'une forme ou l'autre de dépistage.

■  
On peut constater que le démarrage du programme est timide et que 15 % environ de la population cible bénéficie d'une forme ou l'autre de dépistage.

Pourtant, un des acquis et points forts du programme est l'adhésion scientifique des médecins généralistes, puisque plus de 4.600 d'entre eux (sur une population de médecins généralistes ayant une pratique effective évaluée à environ 7.000) sont actifs dans le cadre de ce dépistage, avec, en moyenne, 8,9 tests Hemoccult<sup>®</sup> par médecin.

## Quelques éléments qualitatifs de perception du public

Après une année de diffusion, que pense le public de cette campagne ? Quelles sont ses connaissances sur le cancer colorectal ? Comment comprend, perçoit ou vit-il le dépistage ?

### Présentation de la campagne de communication

La campagne s'adresse tant au grand public qu'aux professionnels concernés par la mise en place et l'accompagnement du programme : médecins généralistes, gastro-entérologues, acteurs de promotion de la santé... Chaque outil d'information, de formation, de communication s'est inscrit en cohérence avec l'ensemble du programme. Une cohérence de contenu et de forme pour que le message soit clair et compréhensible pour tous les destinataires. L'image choisie pour la campagne de communication est celle du logo « ruban bleu », représentation visuelle du dépistage du cancer de l'intestin, créée par le *National*

*Colorectal Cancer Roundtable* (USA) et reconnue au niveau international. Le ruban bleu est utilisé notamment par nos voisins français. Cette accroche est reprise dans l'ensemble du matériel d'information et de communication, qui comprend des outils à destination du médecin comme du patient.<sup>2</sup> En voici un rapide aperçu :

- une brochure explicative pour le médecin généraliste ;
- un questionnaire médical ;
- une enveloppe pré-adressée « port payé par le destinataire » à remettre au patient pour renvoyer le test Hemoccult<sup>®</sup> et le questionnaire ;

- le dépliant d'invitation 'Dépister le cancer de l'intestin, c'est possible !' joint au courrier de départ ; dans une version adaptée, il est aussi diffusé largement, entre autres par les mutualités ;
- le dépliant informatif 'Un test simple à faire chez soi' pour le patient devant réaliser le test Hemoccult<sup>®</sup> ;
- un dépliant spécifique 'Pourquoi un dépistage par coloscopie ?' pour le patient référé ;
- le formulaire standardisé de prescription de la coloscopie ;
- les spots TV et radio ;
- un site internet [www.cancerintestin.be](http://www.cancerintestin.be).

<sup>1</sup> in « Santé en Communauté française » n°6 – Mars 2011

<sup>2</sup> Pour plus de détails voir : TAEYMANS B., DE BOCK C., « Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française » in *Éducation Santé*, n° 244, avril 2009, [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

## Quelques résultats

Parmi les 40.866 tests Hemocult® reçus, 1.280 étaient positifs, soit 3,1 %, ce qui est conforme aux valeurs attendues. Un test positif nécessite la réalisation d'une coloscopie totale. À ce jour, le Centre de référence dispose des résultats de la coloscopie pour 1089 personnes (85,1 % des Hemocult® positifs). Ces coloscopies ont permis de détecter, en ne tenant compte que de la lésion la plus péjorative, 222 adénomes avancés<sup>3</sup> chez 174 personnes et 1 cancer chez 85 personnes. Une coloscopie d'emblée a été recommandée dans 2.062 cas, dont

1.323 résultats ont été obtenus à ce jour (64,2 %). Ces coloscopies ont permis de mettre en évidence, en ne tenant compte que de la lésion la plus péjorative, 97 adénomes avancés chez 87 personnes et 1 cancer chez 22 personnes. Au total, le taux de détection des cancers est de 2,5 % et celui des adénomes, avancés et autres, est de 16,8 %. Les résultats obtenus pour les indicateurs décrits ci-dessus sont similaires à ceux obtenus à l'étranger, et confirment la bonne performance du Programme en Communauté française.

Pour obtenir un premier éclairage sur ces questions, le SCPS Question Santé a réalisé deux groupes focalisés réunissant des hommes et des femmes de 50 à 74 ans. Le focus groupe est une méthode **qualitative** de recueil d'informations, basée sur une discussion semi structurée et modérée par un animateur, qui permet notamment de recueillir les représentations des participants. L'aspect quantitatif n'est pas pris en compte dans cette approche.

Il sera ici question des propos des participants concernant leurs connaissances sur les cancers et leur attitude face au dépistage d'une manière générale, pour ensuite épinglez les différents freins et moteurs au dépistage du cancer colorectal et quelques avis et suggestions émis par les participants sur le programme.

### Connaissances générales sur les cancers et attitudes face au dépistage

Selon la plupart des répondants, les cancers qu'il est possible de dépister sont le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'intestin.

En fonction de leurs expériences personnelles, les participants expriment des avis assez divergents sur le dépistage. En effet, quelques personnes jugent qu'il est utile et efficace de

faire de la prévention pour écarter, au plus tôt, tout risque de maladie et augmenter les chances de guérison. Pour eux, le dépistage est synonyme de longévité et vécu comme une chance. D'autres personnes ont un avis plus négatif : elles estiment que le dépistage, même réalisé régulièrement, ne permet pas d'écarter la maladie.

D'une manière générale, le dépistage est vécu par la plupart des répondants comme une source d'angoisse et d'anxiété, probablement liée à la peur du résultat.<sup>4</sup>

### Les freins au dépistage du cancer colorectal

Si la majorité des participants connaît ou a déjà entendu parler du cancer de l'intestin, que ce soit à travers la lettre d'invitation, des témoignages d'amis ou suite à une visite chez le médecin, leurs expériences du dépistage restent néanmoins assez marginales.

Diverses raisons sont invoquées :

- pas de signes extérieurs ou de symptômes visibles : « j'irai le jour où j'aurai un signe », « quand c'est en interne, on ne pense pas à dépister, on ne le sent pas » ;
- pas d'antécédents : « moi j'ai demandé au médecin généraliste, mais il était contre parce que je n'ai pas d'antécédents » ;
- pas de motivation : « faire le dépistage, je

ne me sens pas motivé, je ne sais pas pourquoi... » ;

- un manque de sensibilisation : « je ne me sens pas tellement concerné par ce cancer » ;
- une méconnaissance due à un manque d'informations : « on sous-estime l'importance de ce cancer car on ne le connaît pas, on manque d'informations ».

Pour la plupart des participants, le dépistage du cancer colorectal nécessite une coloscopie. Rares sont ceux qui connaissent le test de recherche de sang dans les selles proposé par le Programme de dépistage en Communauté française. Par ailleurs, quand ils parlent de coloscopie, la majorité des participants manifeste une réelle appréhension à faire l'examen. Ils soulignent le côté désagréable et intrusif de l'examen ainsi que son aspect parfois douloureux : « la coloscopie a mauvaise presse, elle fait mal », « j'ai peur parce que c'est désagréable », « l'examen n'est pas évident à faire parce que ça touche quand même certaines parties du corps ».

### Les leviers au dépistage du cancer colorectal

Les diverses réponses des participants confirment l'importance de l'avis et du conseil du médecin traitant dans leur démarche de dépistage : « J'ai alors été voir mon médecin généraliste qui m'a dit qu'il ne fallait pas faire une coloscopie d'emblée à tout le monde. Il fallait d'abord faire le test ». Une autre personne, faisant le lien avec le dépistage du cancer du sein, explique : « mon gynécologue m'a dit qu'il n'était pas en faveur du mammotest, pour des questions de qualité... Mais moi j'étais pour, alors à un moment j'ai dû choisir et j'ai pris l'avis de mon médecin ».

D'autres incitants au dépistage sont également évoqués par les participants : les risques liés à l'âge, la lettre d'invitation, les diverses lectures spécialisées, les campagnes de sensibilisation, l'héritage familial.

### Le programme de dépistage : avis et suggestions

La majorité des participants n'exprime pas de réticences vis-à-vis de la campagne de com-

<sup>3</sup> Adénome avancé = adénome de plus d'un cm, ou 3 adénomes ou plus, ou contingent vilieux, ou dysplasie de haut grade

<sup>4</sup> Les participants parlent indifféremment de divers cancers.



munication. Toutefois, certains avis sont paradoxaux. D'une part, des répondants estiment que la campagne de communication manque d'impact et est plutôt terne ; les annonces télévisées seraient trop courtes et de ce fait elles dérangerait, feraient peur et laisseraient le spectateur sans solution. D'autre part, lorsque la possibilité de modifier la campagne leur est offerte, les répondants proposent d'introduire des données qui interpellent, qui soient frappantes, qui fassent peur. Finalement, la plupart des participants s'accordent pour dire que pour qu'un message ait un impact et qu'il soit idéalement véhiculé, il faut que l'information soit relayée par le médecin.

### Perspectives

Selon les données issues des groupes focalisés, outre les réticences relevées par chacun, la caractéristique anatomique du cancer colorectal, son mode de dépistage et la gêne qu'il suscite constitueraient des freins au dépistage. Pour dépasser ces obstacles et inscrire le dépistage dans les habitudes, il semble nécessaire de **travailler à la banalisation de ce comportement**. Concrètement, cela consisterait notamment à rendre l'information encore plus accessible et plus diffusée, idéalement à l'aide d'un discours au vocabulaire simplifié, compréhensible par tous et proposant un message qui insisterait sur l'importance du dépistage pour favoriser la guérison. Il semble également important de redire que le dépistage du cancer colorectal peut se faire à l'aide d'un test simple à faire chez soi. Ces groupes focalisés ont par ailleurs permis de confirmer le **rôle déterminant du méde-**

**cin auprès du patient** en tant que conseiller en prévention. Le médecin informe, rassure et prescrit. Il est le principal moteur de l'action. Ceci conforte également le travail déjà réalisé avec les médecins généralistes et incite à le poursuivre.

■  
**La plupart des participants s'accordent pour dire que pour qu'un message ait un impact et qu'il soit idéalement véhiculé, il faut que l'information soit relayée par le médecin.**  
 ■

Une démarche **d'approche globale de la prévention**, dans le cadre du Dossier médical global plus (DMG+), pourrait être développée en collaboration avec les associations de médecins généralistes.

Lors des pré-tests d'une nouvelle version d'un dépliant de sensibilisation, le SCPS - Question Santé a été confronté à de fortes réticences de la part de patients. Une partie des personnes interpellées a en effet refusé de participer au pré-test. Il semblerait que **le thème du cancer** (malgré notre perspective d'information sur le dépistage) soit un **sujet assez difficile à aborder pour certaines personnes**. En effet, pour ces patients qui à un moment donné de leur vie ont été touchés par la maladie (personnellement ou pas), aborder le sujet représentait une épreuve supplémentaire et douloureuse à laquelle ils ne voulaient plus se soumettre. D'autres patients encore, qui avaient commencé à lire le dépliant, ont arrêté la lecture

car cela évoquait *trop de mauvais souvenirs*. Nous avons également noté que le mot *cancer* fait toujours peur *aujourd'hui* ; que le fait de voir le mot cancer sur un dépliant ne donne pas envie de le lire.

Ces quelques réticences et refus auxquels nous avons été confrontés sont fort interpellants car ils semblent représenter un frein majeur au dépistage. Aborder le thème du cancer est pour certains quelque chose de difficile à faire, et, pour d'autres, carrément non envisageable.

Il s'agit donc là d'une indication importante à tenir en compte dans les perspectives de communication sur le dépistage du cancer. Il semble qu'un **des enjeux de la communication autour du dépistage du cancer, résiderait dans l'interpellation de ceux qui refusent d'aborder le sujet** : parce que le cancer fait peur, parce que la seule évocation du mot cancer les ramène dans des souvenirs d'épreuves douloureuses auxquels ils ne veulent plus être confrontés et dont ils ne veulent plus entendre parler.

Une étude en cours, menée par le RESO-UCL, devrait amener des éléments complémentaires de compréhension et des pistes d'actions pour améliorer la perception et l'adhésion aux comportements de dépistage. Par ailleurs, il serait utile de se référer à l'expérience et aux pratiques du programme de dépistage du cancer colorectal mis en place chez nos voisins français. Les départements obtenant les meilleurs scores de participation (40 à 50 % – calculés en excluant du dénominateur les personnes non concernées comme celles ayant eu une coloscopie au cours des années précédant l'invitation) mettent en œuvre des moyens de communication répétés : envoi d'une première invitation, rappel après un mois ; en cas de non réponse, envoi direct de tests Hemocult® à domicile ; formation des médecins généralistes et actions médiatiques préalables aux vagues d'invitation, etc.

**Delphine Matos da Silva, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, SCPS Question Santé asbl**

# Bref bilan de la première Université de printemps francophone en santé publique

**Après Besançon (été), après Dakar (automne), Bruxelles a pu trouver une fenêtre dans l'agenda déjà très chargé des formations francophones en santé publique et promotion de la santé à vocation internationale.**

La première Université de printemps francophone en santé publique a donc eu lieu à l'École de Santé publique de l'Université libre de Bruxelles du 11 au 15 avril 2011. S'agissant d'une 'première', qui plus est soutenue par notre mensuel, il nous a semblé intéressant d'en dresser un rapide bilan auprès des chevilles ouvrières de cette initiative, le **Prof. Alain Levêque** (Président de l'ESP ULB) et **M<sup>me</sup> Martine Bantuelle** (asbl Éduca Santé).  
*Éducation Santé : Tout d'abord, quel était le programme de cette semaine ? S'agissait-il de cours ex cathedra, d'ateliers, de séminaires ? Vous êtes-vous inspirés de l'organisation en modules, qui a fait ses preuves en Franche-Comté ?*

*Martine Bantuelle (MB) :* c'est plus qu'une inspiration ! Notre Université de printemps a rejoint le réseau des 'Universités sœurs', nées à l'initiative de l'Université d'été de Besançon qui existe depuis huit ans, et voit grandir le nombre de ses participants au point d'en refuser de plus en plus chaque année. C'est ainsi que sont nées l'Université d'automne de Dakar, celle de printemps de Bruxelles et une petite sœur est annoncée pour bientôt en Tunisie.

Les Universités sœurs partagent les mêmes objectifs et le même esprit : ouvrir une formation à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique ; fédérer les savoirs et les savoir-faire autour du concept de promotion de la santé ; stimuler les échanges entre enseignants, chercheurs, décideurs, intervenants de terrain ; relier l'action et la recherche ; répondre à des problématiques concrètes en favorisant la réflexion et les échanges autour d'expériences originales. Le choix d'une organisation partenariale entre une université et une association

a pour but d'unir le potentiel d'équipes universitaires et de professionnels de santé publique et de promotion de la santé engagés dans une pratique de terrain et d'associer des intervenants et des participants issus de différents pays francophones.

Les deux partenaires principaux (ESP ULB et Éduca Santé) partagent le même souhait d'agir et de réfléchir avec d'autres sur leur pratique, et de mettre en interaction la théorie et la pratique en privilégiant les apports des participants comme matériau à travailler durant la formation.

*ES : Avez-vous facilement trouvé des intervenants de qualité prêts à 'sacrifier' une semaine de vacances de Pâques ?*

*Alain Levêque (AL) :* sans difficulté ! Nous avons eu la chance de réunir plus de 25 intervenants de qualité séduits par les objectifs et l'esprit de cette Université de printemps. Près de la moitié sont venus de l'extérieur de la Belgique. Et je peux vous dire que tous, sans exception, étaient ravis de cette expérience !

Nous avons également bénéficié de la présence d'experts nationaux et internationaux lors de la séance inaugurale et de la table ronde. **Martine Cornil**, journaliste bien connue de la RTBF, nous a même consacré une partie de ses vacances pour animer les débats ! Vous pouvez constater que la mobilisation a été large et enthousiaste.

*ES : Le tout n'est pas d'avoir un bon programme, encore faut-il qu'il attire suffisamment de participants ! Bilan positif de ce côté ? Combien de participants attendiez-vous ? Combien ont fait le déplacement de Bruxelles ?*

*AL :* Avant de démarrer la semaine, nous avions une petite centaine d'inscrits, ce qui était notre objectif pour cette première ! Mais les désistements de dernière minute, les difficultés d'obtention de visa pour certains, les maladies intercurrentes... ont ramené le total de participants inscrits à une septantaine. À ce nombre, il convient d'ajouter plusieurs habitants de Bruxelles venus participer aux travaux du module traitant des études d'im-

pact en santé ainsi que quelques étudiants en santé publique venus prendre part aux débats sur les politiques de coopération en santé internationale. Bref, beaucoup de monde, beaucoup de débats et d'échanges durant cette semaine... de vacances !

*ES : La formation a-t-elle attiré surtout des compatriotes, ou bien le recrutement a-t-il été international comme vous le souhaitez ? Quelles nationalités étaient présentes ?*

*AL :* Un tiers des participants venaient de Belgique. Quinze nationalités étaient réunies : Algérie, Belgique, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Comores, République Démocratique du Congo, France, Haïti, Martinique, Maroc, Sénégal, Suisse, Tchad, Togo. La mixité des publics n'est pas très habituelle dans les programmes de formation. Elle crée une dynamique d'échange exceptionnelle tant par l'enrichissement des apports et des points de vue de chacun que par le climat de curiosité et de tolérance qu'elle induit.

*ES : Les frais d'inscription étaient plutôt élevés. Cela n'en a-t-il pas découragé certains ? Je pense en particulier aux personnes issues de l'espace francophone africain.*

*MB :* Les frais d'inscription ont été alignés sur ceux en cours à Besançon et à Dakar. Pas question de se faire concurrence. Nous avons eu l'opportunité d'offrir quelques bourses mais des efforts doivent encore être faits pour multiplier les possibilités de bourses offertes aux participants issus des pays du sud. De même, des 'stimulants' devraient être déployés afin de renforcer l'accès aux acteurs de terrain de la Communauté française.

*ES : À propos de moyens financiers, les recettes de la semaine représentent-elles le coût réel de cette première Université de printemps, ou avez-vous pu compter sur d'autres apports ? Je pense par exemple à la mise à disposition de locaux par l'École de Santé publique...*

*AL :* Outre les soutiens financiers octroyés par la Fondation Roi Baudouin, le Ministère de la Santé de la Communauté française, la Région wallonne, l'Agence universitaire de la franco-

phonie (AUF) et l'INPES, l'Université de printemps a bénéficié pour sa logistique (locaux, secrétariat, organisation, relations publiques, etc.) du soutien de l'École de santé publique et de l'asbl Éduca Santé. Il faut rappeler que les intervenants, d'où qu'ils viennent, ont apporté gracieusement leur contribution à cette initiative. Cela mérite d'être souligné.

*ES : Des motifs particuliers de satisfaction ?*

*MB et AL :* Lorsqu'on décide de se lancer dans cette aventure, et même si l'on sait que le 'produit' a été testé ailleurs et donne entière satisfaction, il y a évidemment beaucoup de doutes et de craintes. Est-ce que cela va fonctionner chez nous ? Aurons-nous suffisamment d'inscrits ? Nos universitaires et nos acteurs de terrain vont-ils adhérer au concept ? À toutes ces questions, nous avons maintenant une réponse et celle-ci est très positive !

Dans ce type d'événement, l'organisation administrative et logistique est aussi une grande source de questionnement et de stress ! Nous

avons eu la chance de bénéficier d'un appui très précieux et très professionnel de **Myriam Dekerpel** de l'École de Santé Publique qui a largement participé au succès de cette première !

Mais le motif de satisfaction le plus important est certainement l'enthousiasme sans faille des participants !

*ES : Des points à améliorer ?*

*AL :* Sans aucun doute ! Il y a toujours des points à améliorer. Pour nous y préparer, chaque module a fait l'objet d'une évaluation interne et l'ensemble de la semaine a fait l'objet d'une évaluation anonyme dont l'analyse est en cours. Mais sans anticiper les résultats de ces évaluations, je peux déjà vous dire que de nombreuses idées fument pour la deuxième édition, pour laquelle nous avons déjà reçu une demande d'inscription !

*ES : En-dehors de la formation proprement dite, les participants ont-ils pu découvrir certains aspects touristiques ou culturels de notre capitale ? Il faut bien admettre que le Campus*

*Érasme n'est pas très représentatif des charmes de la ville...*

*MB :* Vous avez raison. Le Campus Érasme est à la fois excentré et peu propice aux découvertes esthétiques ou historiques. Nous en sommes conscients et c'est pour cette raison que nous avons souhaité que tous les participants soient hébergés en ville.

Quelques activités sociales ont été organisées ; nous avons également été reçus à l'Hôtel de ville (sur le balcon !) par les autorités de la Ville de Bruxelles, avec sa vue imprenable sur la Grand-Place. Des activités sportives étaient également organisées durant la pause de midi. Bref, vous voyez que nous avons essayé de rendre cette semaine formative, conviviale et festive !

*ES : Une dernière question inévitable. Y aura-t-il une deuxième Université de printemps l'an prochain ?*

*MB et AL :* À votre avis ?

Propos recueillis par **Christian De Bock**

## Le partenariat entre médecins généralistes et associations de santé : pas si simple... mais porteur ?

***Des généralistes et des associations de santé peuvent-ils travailler ensemble ? C'est la question posée par l'asbl Promo Santé et Médecine Générale à des généralistes et à des associations actives dans le domaine de la santé... Quels peuvent être les intérêts à travailler ensemble et surtout les buts recherchés de part et d'autre ? Certaines difficultés freinent-elles ces collaborations ? Ce type de partenariat n'est-il pas source d'un enrichissement parfois inattendu ?***

Tout a commencé en automne 2007, quand l'asbl Promo Santé et Médecine Générale invite des associations de promotion de la santé à rencontrer des généralistes dans les locaux de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Une quinzaine d'associations sont pré-

sentes et autant de généralistes... Découvertes mutuelles, pistes de partenariats, envie de se revoir... Cette rencontre a été relatée dans la Revue de la Médecine Générale de septembre 2008 et dans la revue Éducation Santé<sup>1</sup>. Une piste se dégage : aller à la rencontre de projets qui fonctionnent bien et dans lesquels collaborent des médecins généralistes. Un appel à partenariat est lancé pour continuer à travailler ensemble : le Centre d'éducation du patient et l'Observatoire de la Santé du Hainaut se mobilisent gracieusement.

En 2009, avec nos deux partenaires, nous creusons ce sillon et lançons un appel à la recherche de ces projets. Nous faisons appel aux Centres locaux de promotion de la santé ainsi qu'aux associations et médecins géné-

ralistes de nos carnets d'adresses. Les projets doivent répondre aux critères suivants :

- collaboration d'au moins un généraliste et
- projet dépassant le curatif pour aller vers le préventif et/ou
- projet dépassant l'individu pour aller vers le collectif et/ou
- projet dépassant la santé biomédicale pour aller vers la santé globale et/ou
- projet dépassant la prescription professionnelle pour aller vers la participation active du public.

Nous avons ainsi identifié 28 projets. Nous en avons sélectionné 13 pour les interviews. Les généralistes et les associations de chaque projet sont interviewés en miroir.

Du côté des associations, voici quelques

<sup>1</sup> JONCKHEER P., HUBENS V., LAPERCHÉ J., PREVOST M., LEGAT P., WATHELET T., DUFOUR A., « Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé », *Éducation Santé*, n° 247, juillet-août 2009, [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

exemples de questions posées par nos 3 intervieweurs<sup>2</sup> :

*Pourquoi avez-vous eu envie de travailler avec des généralistes ? Dans quelles circonstances ? Qui a pris l'initiative ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Quels ont été les éléments facilitateurs ?*

*Comment décririez-vous cette collaboration : une nécessité ? Une plus-value ? Une opportunité ?*

*Et quelques questions posées aux généralistes : Quelles sont vos motivations pour collaborer au projet avec l'association de santé ? Quel est votre rôle dans cette collaboration ? Quel apport pour votre pratique ? Quels bénéfices pour vos patients ?*

*Et lors de cette collaboration, quelles difficultés et facilités avez-vous rencontrées ? Quels relais vers d'autres généralistes ?*

### **Des difficultés... similaires !**

Que disent les participants ?

Premier constat : ce n'est pas évident. Les uns et les autres rencontrent des difficultés... similaires !

Même pour des projets « réussis », les généralistes participent peu ! Pourquoi ? Peu de temps, bien évidemment ! Ils ont déjà beaucoup de travail curatif et sont en outre sur-sollicités par 1001 actions de divers opérateurs de santé : une campagne dépistant les violences intrafamiliales, une meilleure alimentation des ados ou l'intérêt du préservatif avant les vacances...

■ **Pouvoir montrer qu'une action de santé a aussi des bénéfices pour la santé biomédicale des patients est un argument sensible pour emporter l'adhésion de certains médecins généralistes.**

De plus, quand des rencontres sont organisées entre généralistes et associations de santé, le rythme de travail des uns et des autres est fort différent. Pour des réunions, les généralistes peuvent plus facilement se libérer en soirée ou le samedi... Ce qui n'arrange pas souvent les associations ! Qui plus est, l'investis-

sement du côté des généralistes n'est que rarement valorisé financièrement et ce, au contraire des associations.

Pour les généralistes, l'intérêt de collaborer avec des associations de santé n'est pas immédiatement visible. Ils sont d'abord dans une approche individuelle et bien sûr plus souvent curative que préventive. Un chemin est à parcourir pour rencontrer une approche collective et globale, plus pertinente pour les associations.

Les perspectives temporelles sont parfois différentes : les généralistes travaillent sur le long terme, ils construisent des relations solides et durables avec les gens. Les associations, quant à elles, sont parfois fragilisées par des emplois précaires ou pressées par leurs impératifs financiers ou organisationnels.

Le rôle de leadership est aussi à clarifier : par qui est-il assuré ? Association ou médecin généraliste ?

Enfin, le secret professionnel pose parfois question : que peut-on partager ou non de ce que vivent les usagers ?

### **Pourquoi les médecins généralistes se sont-ils investis dans ces projets ?**

Qu'est-ce qui les a intéressés ?

Quand le projet de l'association est proche du champ médical traditionnel, la collaboration avec les médecins est plus facile. Exemple : un réseau pour patients diabétiques, ou le suivi de patients toxicomanes avec une association perçue comme spécialisée pour cette question. Et si, de plus, les actions de santé de cette association facilitent le travail clinique des médecins, leur collaboration sera d'autant plus facile... Ce qui a été apprécié : des dépliants et outils pour les généralistes et pour les patients en consultation. Ils constituent un apport pour la pratique clinique des médecins. Quand les actions de santé d'une association répondent à une demande des usagers-patients que les généralistes rencontrent en consultation, ils sont alors également ouverts à une collaboration avec cette association. Certains médecins généralistes ont surtout été sensibles aux arguments scientifiques du projet (par exemple sur la question de l'alco-

ol pendant la grossesse). Choisir un orateur crédible pour des généralistes est également un atout : le plus souvent, un généraliste clinicien lui aussi. Exemple, pour diffuser son projet auprès des médecins généralistes de la région, une association a fait appel à un généraliste-relais dès la conception du projet, et construit avec lui un diaporama qui a facilité la diffusion des messages pertinents. Pouvoir montrer qu'une action de santé a aussi des bénéfices pour la santé biomédicale des patients a été un argument sensible pour certains (par exemple, ils constatent que depuis que des personnes toxicomanes participent aux activités d'une association, elles vont mieux). Ils sont aussi intéressés à découvrir des exemples de projets réussis ailleurs.

Un autre élément facilitateur, tant pour les associations que pour les médecins, est la reconnaissance par les acteurs politiques de ces actions de santé. Elle augmente la légitimité des actions et permet aussi parfois une reconnaissance professionnelle du temps de travail investi et partagé, à rémunérer pour chacun. Exemple : la présence et le soutien d'un Échevin de la santé à des réunions communales d'un Plan de cohésion sociale qui rassemble parfois des généralistes et des associations locales de santé.

### **Qu'est-ce qui a facilité les collaborations entre médecins généralistes et associations ?**

Les associations et les généralistes, ce sont deux mondes différents qui ne se comprennent pas toujours. Il faut donc d'abord prendre le temps d'apprendre à se connaître. Une piste suivie par les personnes interviewées a été d'échanger leurs 'lunettes' : écouter, découvrir et respecter les représentations de l'autre professionnel dont les réalités, repères et contraintes sont parfois bien différents. Les contacts personnels ont ainsi été valorisés. Les résultats des nos entretiens ont été présentés dans un atelier organisé à Soignies le 5 décembre 2009 par l'asbl Promo Santé et Médecine Générale. Nous insérons ici quelques commentaires des participants illustrant les propos recueillis lors des entretiens :

« À *Manage*, par exemple, il ya depuis de nombreuses années des journées de la santé. Un des

<sup>2</sup> Jean-Luc Collignon pour le Centre d'éducation du patient, Marie-Josée Couteau pour l'Observatoire de la Santé du Hainaut et Valérie Hubens pour Promo Santé et Médecine Générale

bénéfices, au fil des ans, est que les différents interlocuteurs ont appris dans un premier temps à ne plus se méfier les uns des autres et ensuite à collaborer. Il est bien plus facile de travailler ensemble lorsque l'on se connaît, que l'on sait comment l'autre travaille. Par exemple, un généraliste peut avoir peur de faire appel à une assistante sociale qu'il ne connaît pas de peur qu'elle soit intrusive. »

Une autre piste suivie dans différents projets pour réussir la collaboration a été de prendre comme points de départ les préoccupations, difficultés et besoins professionnels des uns et des autres. En effet, si l'on veut proposer un projet aux médecins généralistes, nous dit-on, il vaut mieux s'assurer que cela répond à un besoin ressenti par les médecins mais également par la population.

« Avant de proposer un projet aux médecins généralistes, ne faudrait-il pas au préalable aller à leur rencontre pour les interroger sur leurs besoins ? De plus, les médecins ont également un avis sur les besoins de santé de la population... Cette première vision des choses est à compléter avec la perception que l'association a elle aussi des besoins de la population. »

Concrètement, il y a un tas de petites choses que l'on peut faire pour faciliter la participation des médecins généralistes et que

les interviewés ont partagées avec nous :

- premièrement, il est important de pouvoir accepter des rythmes différents et des alternatives à ce qui était initialement prévu : échanges de mails plutôt qu'une réunion en plus. Accepter aussi des investissements différents des uns et des autres, comme dans tout projet ;
- ensuite, assurer la logistique avant et après une rencontre : réserver un local, préparer de la documentation, faire les invitations, les rappels, le PV de la réunion et assurer le suivi de celle-ci ;
- une dernière petite chose mais qui a son importance est d'organiser des réunions conviviales : prévoir un sandwich quand la réunion a lieu à midi par exemple...

### Que peuvent apporter les généralistes aux projets et réalisations des associations ?

Ces apports découlent directement de ce qui est présenté ci-dessus :

- la participation à la construction d'un projet dès sa conception, comme témoin ou expert. Ceci facilite la pertinence des messages auprès d'autres médecins généralistes ;
- en tant que relais actif, il sera un ambassadeur crédible du projet auprès de ses confrères ;

■ il est également un relais privilégié envers ses patients et leur entourage. Quand un généraliste connaît bien une association et qu'une collaboration a pu être construite, il oriente plus facilement des patients vers cette association et d'autres aussi, si nécessaire. Le généraliste est un expert de proximité et de confiance. Il adapte les messages à chaque patient, il peut sensibiliser ou intéresser activement les personnes qui ne captent pas les messages conçus pour le grand public.

Les usagers ont-ils intérêt à ce que les généralistes et les associations de promotion de la santé se perçoivent mutuellement comme partenaires ? Certes, oui. Tout le monde est gagnant. Face aux difficultés bien connues que rencontrent les uns et les autres, des pistes de partenariats méritent d'être développées. Gageons que les généralistes, les associations et les décideurs pourront ainsi œuvrer ensemble pour plus de santé des usagers.

**Jean Laperche**, médecin généraliste, **Valérie Hubens**, asbl Promo Santé et Médecine Générale, **Jean-Luc Collignon**, Centre d'éducation du patient, **Marie-Josée Couteau**, Observatoire de la Santé du Hainaut

## Une enquête au cœur du malaise des jeunes

**C'est à Lille que Luc Scheibling est allé à la rencontre de jeunes, de parents et d'éducateurs. De ces rencontres est né un film d'animation sur le malaise des jeunes, intitulé « J'ai deux trois petites choses à vous dire ! ». Au cœur du malaise, le besoin d'écoute et de parole des jeunes, ainsi que les effets néfastes qu'engendrent les peurs des adultes pour leurs enfants et la surprotection qui en découle.**

Instituteur spécialisé et musicien à la base, Luc Scheibling est, depuis toujours, sensible au thème des exclus.

En 1998, il rencontrait David, un jeune Chilien adopté, en difficulté, à qui il proposa d'écrire une chanson sur son histoire. L'impact de cette



Le Professeur Zoulouck, un personnage de fiction pour mieux faire passer les témoignages

chanson sur David, mais aussi sur ses parents adoptifs, fut tel que Luc Scheibling sentit qu'il avait mis le doigt sur quelque chose qui le dépassait. Il avait créé, de manière intuitive, un espace de rencontre et une démarche singulière capables, sous certaines conditions, de produire du changement. Il se mit alors à essayer de comprendre ce qui s'était joué, à formaliser ce « quelque chose » de manière à pouvoir le reproduire, puis éventuellement, dans un deuxième temps, le transférer à d'autres.

### Oser la confiance et la parole authentique

C'est ainsi que Luc Scheibling créa en 1999 l'association « Laisse ton empreinte » qu'il



définit comme un projet humaniste, vivant, avec des valeurs et une éthique se basant sur l'échange et la rencontre.

Le projet développé par l'association part d'un simple constat : aujourd'hui, dans notre société, et notamment dans les territoires les plus en difficulté, il y a un déficit de parole et de confiance. « Or, sans confiance, il n'y a pas de parole authentique, et sans parole authentique, il n'y a pas de changement possible, constate Luc Scheibling. Au contraire, on crée de la défiance, du repli, une forme de crispation. Et les préjugés s'installent... »

Entre 2000 et 2002, Luc Scheibling a réalisé près d'une centaine de chansons. Très vite, compte tenu des effets générés et de l'émotion dégagée par ses chansons, des institutions publiques de la région, des professionnels et de nombreux médias se sont intéressés à son travail.

En 2002, ses partenaires institutionnels l'incitèrent à réfléchir aux conditions de transfert de sa démarche originale. Ce qu'il fit avec l'aide de deux femmes venues rejoindre son association : **Catherine Carpentier**, ethnologue spécialisée dans le récit de vie, et **Céline Martineau**, spécialisée dans les domaines de la sociologie et de la culture. C'est ainsi que, petit à petit, l'équipe a développé des outils destinés à rendre publiques des thématiques particulières, comme la parentalité, les pratiques alimentaires, l'apprentissage de la vie ensemble et dernièrement, le malaise des jeunes.

Au fil du temps, Luc Scheibling a troqué sa casquette de chanteur contre celle... d'enquêteur. « Je pars enquêter sur un territoire, je vais là où les gens ont envie que j'aie. À partir de là, nous construisons progressivement 'quelque chose' autour d'une thématique généralement large, comme c'est le cas pour le malaise des jeunes. Nous transformons ensuite tout ça en outil pédagogique. À travers notre travail, nous montrons que personne n'a de solution, mais que nous pouvons produire ensemble de l'intelligence collective et des pistes de réflexion qui permettent d'avancer. »

## Une réponse à une demande pressante

Le documentaire sur le malaise des jeunes est né d'un besoin de parents et de travailleurs so-

ciaux. « Après avoir réalisé et présenté un travail sur la parentalité pour la ville de Roubaix, de nombreux parents nous ont parlé des difficultés qu'ils rencontraient avec leurs adolescents. Beaucoup de travailleurs sociaux nous ont également fait part de leurs inquiétudes à ce sujet. C'est ainsi que la mairie de Roubaix nous a demandé de prolonger notre travail sur la parentalité, mais en mettant cette fois l'accent sur le malaise des jeunes. »

■  
« (Les jeunes) crèvent de ne pas pouvoir parler. (...) En même temps, les parents ont des messages à leur faire passer. Ils n'y arrivent pas car soit ils sont dans le conflit, soit ils ont l'impression que leur enfant ne peut rien entendre parce que ça l'angoisse parfois trop fort. »  
■

Pour mener son enquête, Luc Scheibling s'est rendu sur le terrain, vierge de toute influence, sans même passer par une librairie pour s'instruire sur la problématique du malaise des jeunes. Il a d'abord recueilli les témoignages de 45 professionnels (assistants sociaux, psychologues, infirmiers, animateurs de centre sociaux, éducateurs). Il a ensuite rencontré 32 jeunes issus de collèges, de centres sociaux et de clubs de prévention. Enfin, 23 parents, principalement des mères, lui ont confié leurs inquiétudes.

## Diagnostic

« Ma rencontre avec les professionnels nous a permis d'établir un diagnostic assez fort sur l'effet de groupe, l'enclavement, l'isolement des jeunes, le manque de confiance en eux, raconte le réalisateur. Des questions plus sensibles sur l'histoire des parents immigrés ont aussi fait surface. Généralement, on ne parle pas de l'immigration car il s'agit d'une problématique que l'on ne sait pas aborder sans stigmatiser et qui contient beaucoup de colère et de ressentiment. Dans le film, des animateurs d'origine maghrébine ont pris la parole sur le sujet de l'immigration. C'était très intéressant. » Parmi les parents rencontrés, peu de pères

se sont manifestés. « Ils restent derrière, se cachent, ont peur. Certains pères m'ont dit avoir honte de ne pas y arriver avec leurs enfants. On voit bien que les mères s'occupent de leurs enfants, tout en étant dans une forme de relation fusionnelle où il y a de la surprotection. Le rôle du père est de couper le cordon, mais il ne parvient plus à le faire ou on ne le laisse plus faire. »

Voilà qui nous amène au cœur même du malaise des jeunes mis en mots par le film. Celui-ci a fait apparaître de manière frappante que les témoignages des parents, des professionnels et des jeunes se recourent. Ce qui est plutôt bon signe en matière de recherche de solutions.

## Quid du malaise ?

« Les parents veulent le meilleur pour leur enfant, constate le réalisateur. Mais ils sont assaillis par des tas de peurs : peur de la pédophilie, de la violence, de voir leur enfant mal tourner... Certains nous ont raconté leur crainte de voir leurs enfants entrer au collège car ils savent que c'est à ce moment-là qu'ils vont se mettre à déconner. La télé est aussi très anxiogène. Résultat : les parents ne lâchent pas leurs enfants tant qu'ils sont petits. Quand ils entrent au collège, ces préadolescents ne sont pas dégoûtés et manquent de confiance en eux. Pour se rassurer, ils entrent dans un groupe... »

De leur côté, et on pourrait y voir un paradoxe, les jeunes estiment que les adultes ne sont pas suffisamment attentifs et ne les protègent pas assez. Mais ils expriment aussi leur besoin de ne pas être surprotégés par eux. Luc Scheibling fait bien la différence entre la protection et la surprotection.

« La protection, c'est essayer de voir, de comprendre ce qui ne va pas pour y remédier ; c'est aussi faire en sorte que notre enfant puisse s'outiller pour faire face aux obstacles qu'il rencontre. La surprotection, c'est faire les choses à la place du jeune parce que, en tant que parents, on trouve le monde tellement flippant et les autres tellement méchants. En agissant de la sorte, les adultes coupent les ailes des enfants. »

Les ados demandent aussi aux adultes de leur montrer l'exemple et expriment leur besoin de règles pour éviter de partir en vrille, car la confiance ne suffit pas.

Ainsi, le documentaire aide à prendre conscience d'un processus dans lequel la peur des parents provoque de la surprotection, laquelle entraîne une immaturité et une mauvaise image de soi chez les jeunes. « *Au bout du compte, l'adolescent ne va pas bien, il n'a pas confiance en lui. En réaction à cela, il a tendance soit à se replier sur lui-même, soit à s'intégrer dans un groupe qui va progressivement l'isoler et qui peut le faire partir à la dérive. Or, pour rendre un enfant responsable et autonome, il faut lui faire confiance. Aussi les jeunes demandent-ils aux adultes de leur faire confiance, tout en ne les laissant pas devant des choix qu'ils ne peuvent pas assumer et en ne les mettant pas dans des situations où les tentations sont trop fortes.* »

### Créer de l'intelligence collective

Luc Scheibling raconte que la prise de conscience de ce mode de fonctionnement chez les parents, cœur du malaise des jeunes, a encouragé les mamans à agir autrement. « *Elles ont fait l'effort de donner la clé de la maison à leur enfant. Elles l'autorisent à traverser la route, à sortir du quartier sans les accompagner systématiquement et sans être malades d'angoisse. Autant de détails qui permettent de grandir et de se sentir digne de confiance.* » Si nous avons tous un fond d'anxiété concernant l'avenir de nos enfants, le réalisateur

constate qu'il n'y a rien de pire que d'être seul avec cette anxiété et de culpabiliser. « *Cela ne permet pas d'avancer d'un pouce et on fait pire que mieux avec ses enfants. L'idée est donc de partager les peurs, les vécus pour produire de l'intelligence collective et une dynamique qui permette d'avancer, de cheminer ensemble dans un premier temps et ensuite individuellement avec nos enfants.* »

Aussi, face à la peur des parents de voir entrer leurs enfants au collège, la question était de savoir comment agir pour qu'ils ne dérapent pas et éviter ainsi les risques de déscolarisation. « *La solution consiste à les autonomiser et à les responsabiliser avant l'entrée au collège. Nous avons pris les choses dans l'autre sens.* » À propos de la responsabilisation, Luc Scheibling insiste sur la nécessité d'interpeller nos jeunes. « *Les ados ont besoin d'être interpellés pour se responsabiliser. Surtout, ne pas les victimiser avec des paroles telles que 'Mon pauvre chéri, tu n'y arrives pas', ni être dans le déni et faire comme si tout roulait parce qu'on ne veut pas voir ni savoir. L'interpellation, c'est par exemple leur dire 'J'ai l'impression que tu es en train de déconner, que tu me racontes des carabistouilles à propos de ce que tu fais avec tes potes. Ne me prends pas pour un con'. Bref, il faut sortir de la politique de l'autruche.* »

### Des mots pour soigner les maux

Tous les jeunes que Luc Scheibling a rencontrés lui ont parlé à cœur ouvert de choses personnelles et d'une manière extrêmement forte. « *Ils crèvent de ne pas pouvoir parler. Il y a un manque d'espaces de parole terrible. C'est normal, les ados ont du mal à parler à leurs parents car c'est compliqué à l'adolescence. En même temps, les parents ont des messages à leur faire passer. Ils n'y arrivent pas car soit ils sont dans le conflit, soit ils ont l'impression que leur enfant ne peut rien entendre parce que ça l'angoisse parfois trop fort. Les parents sentent bien que les jeunes ne vont pas bien, mais ils ne savent pas décoder ce qui ne va pas. Pour comprendre leur malaise, il faut des espaces intermédiaires. C'est ce que je représente en tant qu'intervenant extérieur. Les jeunes ont pris la parole que je leur ai tendue. Cela les a aidés à exprimer des choses très fortes qui étaient en fait adressées à leurs parents ou aux adultes qui les entourent.* »

#### Colette Barbier

Renseignements complémentaires : Laissez ton empreinte, 187 Boulevard Victor Hugo, 59000 Lille. Site : [www.laisseztonempreinte.fr](http://www.laisseztonempreinte.fr). Courriel : [contact@laissetonempreinte.fr](mailto:contact@laissetonempreinte.fr). Tél. : (00 33) 3 20 30 86 56

## Quand des « experts » patinent aussi avec leurs enfants... Ça rassure les parents sur leurs propres compétences!

Le film 'J'ai deux trois petites choses à vous dire !' mêle les témoignages réels des jeunes, parents et professionnels et les interventions d'un enquêteur, le Professeur Zoulouck, imaginé par Luc Scheibling pour rendre accessible le message contenu dans son film.

« *Il s'agit d'un personnage très important car il s'occupe de la mise en scène et introduit une certaine distance par rapport à des choses difficiles à dire et à assumer publiquement. C'est le fil rouge des enquêtes : il construit le discours et vulgarise des notions généralement réservées à des spécialistes. Son côté 'tête à claques' fait*

*mouche auprès des parents et des jeunes. Il représente en effet, malgré lui, une certaine posture – le donneur de leçons – qui consiste à pointer avant tout les faiblesses des autres en prenant soin d'oublier de s'interroger sur ses propres travers. Mais là où le bât blesse, c'est qu'au cours de ses enquêtes, il finit toujours par être rattrapé par ses propres défaillances. Ainsi, bon gré mal gré, il finit par se lancer quelques petits défis personnels. Du coup, il en devient attachant, voire même source d'exemplarité en matière de changement dans le sens où on se dit 'Si un tel gugusse peut le faire, alors pourquoi pas nous.' »*

Le professeur Zoulouck est supervisé par un second personnage, Charles-Henri Ronceval. « *C'est un puits de science, spécialisé en tout, mais qui ne bouge pas de son bureau. Il envoie Zoulouck au charbon. Dans le film, on picote un peu Ronceval par rapport à ses défauts. Au niveau de l'éducation de ses propres enfants, on s'aperçoit qu'il ne réussit pas forcément mieux que les autres parents.* »

Ces deux personnages aident les parents à sortir de la culpabilité et à oser se faire confiance, puisque même les experts rament et se trompent avec leurs enfants...

# Éloge de la lenteur!



**Valorisation de l'environnement et des produits locaux, développement durable et convivialité sont quelques-uns des fers de lance des « Cittaslow » (villes lentes). Leur fil conducteur ? Vivre un rapport au temps moins frénétique.**

Le 17 mars dernier, le concept *Cittaslow* était à l'ordre du jour d'un Midi Santé de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. **Sabine Storme**, responsable du réseau *Cittaslow* de Belgique, y a présenté ce mouvement né en Italie il y a une dizaine d'années.

## Du *Slow Food* au *Cittaslow*

Le concept de villes lentes est issu d'un autre concept, le *Slow Food* fondé en 1989. Contre le « fast food » synonyme de malbouffe et l'accélération trop rapide de la vie sont les principaux objectifs de cette association internationale. *Slow Food* promeut une alimentation de qualité définie par trois principes étroitement liés : le Bon, le Propre et le Juste. Le Bon pour la saveur des aliments, le Propre pour les méthodes de production respectueuses de l'environnement et de la santé humaine et le Juste pour les prix accessibles aux consommateurs et les revenus équitables des petits producteurs. Le mouvement compte actuellement 100.000 membres à travers 150 pays. Comprenant toujours le volet gastronomique du *Slow Food*, le concept *Cittaslow* voit plus grand. Du bien-être à table, on passe à la qualité de vie, à la santé et à la durabilité en général.

## Identité locale et décelération

À l'image de leur logo (un escargot à la coquille coiffée de maisons), les villes lentes prônent un plus juste rapport au temps. Par exemple, l'espace « Kiss and Ride » de Chaudfontaine, l'une des quatre villes lentes de Belgique, a vu le jour pour permettre aux parents de déposer leur enfant à l'école sans précipitation. Grâce à cette desserte située le long de la voirie, le parent peut embrasser son chérubin avant que sonne la cloche et sans pour autant créer d'embouteillage. Adieu le fétichisme de la vitesse ! Outre notre rapport frénétique au temps, la charte du mouvement *Cittaslow* dénonce l'homogénéisation des modes de vie, fortement visible dans les métropoles. Une ville lente entend maintenir son identité propre. La commune désireuse de s'inscrire dans une telle démarche entame dès lors obligatoirement une réflexion autour de six domaines d'actions : l'environnement (réduction du bruit, épargne énergétique...), les infrastructures (pistes cyclables, accès aux personnes à mobilité réduite, zones vertes...), l'urbanisme (réhabilitation des bâtiments historiques, bio-architecture), la mise en valeur des produits locaux, l'hospitalité (plan signalétique multilingue des parcours guidés dans la ville) et la sensibilisation de la population au concept. À titre d'exemple, Silly met en valeur son patrimoine lors des concerts donnés dans ses fermes, châteaux et églises. Dans la même entité, un supermarché n'a pu voir le jour qu'à

condition de proposer des produits locaux. À ce jour, 135 villes ont été séduites par le concept *Cittaslow*. 135 villes de 19 pays tels que l'Italie, les Pays-Bas, l'Australie, l'Autriche, la Suisse, la Grande-Bretagne... y compris notre petite Belgique. Actuellement, quatre de nos communes sont concernées, toutes situées en Wallonie. Le projet est ouvert à toute commune, pour peu que celle-ci compte moins de 50 000 habitants. À cette condition s'ajoute entre autres celle de l'autofinancement. Mais ces communes gagnant en convivialité peuvent espérer voir leur cote touristique grimper. Maintenant qu'il est bien vu de lever le pied, reste à emboîter le pas !

**Stéphanie Van Haesebrouck**, Observatoire de la Santé du Hainaut

## Infos

[www.cittaslow.net](http://www.cittaslow.net) (site officiel des villes lentes, en italien et en anglais).  
[www.slowfood.com](http://www.slowfood.com) (mouvement international *Slow Food*, version française accessible).  
sabine.storme@publilink.be ou 068 25 05 37 pour contacter la responsable du réseau belge.  
*Le diaporama Cittaslow présenté au Midi Santé est disponible sur le site <http://observatoiresante.hainaut.be>, Onglet Publications > Diaporamas.*

## Initiatives de villes lentes

**Orvieto**, ville d'Italie, où est né le concept, a mis l'accent sur la mobilité : densification du réseau de bus, construction de parkings aux abords de la ville, création de zones piétonnes et de pistes cyclables et lancement d'un pédibus (encadrement des trajets pédestres entre la maison et l'école). Au cœur d'une région densément peuplée, **Midden-Delfland**, commune néerlandaise, a mis un point d'honneur à conserver

ses espaces verts et sa tranquillité : offre de loisirs, renforcement des atouts du paysage, pose de panneaux signalétiques internationaux...

À **Waldkirch**, en Allemagne, un parc d'activités a vu le jour. Celui-ci réunit des habitations et des bureaux, le tout sous une approche bioclimatique : orientation des bâtiments, toitures végétales, récupération des eaux de pluie, isolation renforcée...

## Supporter une ville lente

Une ville de plus de 50 000 habitants ne peut devenir une ville lente. Cependant, il lui est possible de supporter le projet. C'est le rôle brigué par la Région de Bruxelles-capitale. De ce fait, elle pourrait accompagner les communes désireuses de se lancer dans le Slow... comme Etterbeek. Le projet ne serait dès lors plus uniquement incarné en Wallonie. Outre le probable engagement des Bruxellois, les Flamands tenteront-ils l'aventure ? Certaines communes flamandes y réfléchissent elles aussi.

# Innovation et alimentation

## Bien manger c'est d'abord y prendre plaisir

Le CRIOC a analysé quelque cinq cents produits alimentaires introduits sur le marché en 2010, et a identifié les principales tendances d'innovation. Ainsi, il s'avère que le motif d'innovation le plus fréquent vise à améliorer le goût du produit. L'étude montre également que tous les pays n'innovent pas de la même manière. Ainsi, la Belgique occupe une position proche des innovations françaises ou hollandaises alors que l'Italie innove surtout dans le secteur des apéritifs et snacks et se focalise sur la recette et développe la sophistication des produits. Les innovations en provenance des USA sont focalisées sur le bénéfice santé et la technologie.

Pour commencer, le CRIOC a examiné sur quels aspects du produit alimentaire portaient les innovations. En Belgique, l'élément qui change le plus souvent est la recette ou la composition (quatre nouveaux produits sur cinq ou 79 %), suivi par un repositionnement sur le marché pour mieux répondre à la demande du groupe cible (58 %), une nouvelle technologie ou une adaptation du procédé

de fabrication (38 %), et finalement une modification de l'emballage ou de la présentation du produit (34 %). Les producteurs belges suivent en grande partie la tendance internationale en la matière, avec comme différence que dans notre pays les producteurs attachent beaucoup plus d'attention à l'emballage et relativement moins au marketing et à la technologie sous-jacente.

Les producteurs appliquent une stratégie réfléchie et ont un objectif précis lorsqu'ils décident d'innover un produit. Les changements apportés à ces nouveaux produits nous permettent de déduire l'objectif recherché. Il s'agit avant tout de différencier leurs produits. Ici, nous remarquons encore une fois que la recherche d'un meilleur goût (59 %) est le facteur le plus important et que les producteurs belges suivent la tendance internationale. Il est suivi par l'amélioration de la condition physique (45 %), l'amélioration de l'aspect pratique (31 %), les considérations éthiques (17 %). 'Meilleur pour la santé' ferme la marche (14 %).

En ce qui concerne la signification symbolique portée par une innovation et l'image qu'un producteur veut obtenir par le biais de ses innovations, c'est encore une fois le un goût agréable (plaisir sensuel) qui est primordial (59 %). La recherche d'une image distinguée vient en deuxième place (31 %). Les innovations qui rendent un aliment plus facile à consommer sont également importantes (28 %), tout comme la recherche d'un produit d'origine naturelle (24 %). L'aide à l'amaigrissement (10 %) ou la 'fonction médicale' (3 %) ne font pas... recette !

Il faut remarquer que toutes les innovations ne signifient pas nécessairement un progrès pour les consommateurs. Les producteurs de denrées alimentaires suivent en effet les lois du marché, qui leur imposent de proposer régulièrement de nouveaux produits. Il convient de bien vérifier que l'innovation apporte réellement une valeur ajoutée, ou encore que le produit tient ses promesses, ce qui est loin d'être toujours le cas.

*D'après un communiqué du CRIOC*

# Explosion du nombre d'examens de la prostate

## La Mutualité chrétienne appelle à une meilleure information des patients

**Entre 2000 et 2009, le nombre de tests PSA réalisés en vue de dépister le cancer de la prostate est passé de 850.000 à 1,5 million, avec un coût de 4 millions d'euros à charge de la sécurité sociale, sans compter les coûts de biopsies parfois inutiles ainsi que les traitements et leurs complications éventuelles. Pour la Mutualité chrétienne (MC), le dépistage à grande échelle du cancer de la prostate ne se justifie pas, car des taux élevés de PSA ne prouvent pas l'existence d'un cancer et, inversement, des taux bas de PSA n'offrent pas la garantie**

**qu'il n'y ait pas de cancer. Un dépistage 'organisé' risquerait d'entraîner des traitements inutiles ou trop lourds. Par ailleurs, la MC demande aux médecins généralistes de mieux informer les patients qui font la demande d'un test PSA dans le cadre d'un diagnostic précoce, de ses avantages et inconvénients.**

En moins de dix ans, le nombre de tests PSA (Prostate Specific Antigen) a augmenté de 76 %. Parmi les patients ayant subi un tel examen, un quart ont plus de 50 ans et un tiers ont plus de 70 ans. Plus de la moitié des pa-

tients de plus de 50 ans ont subi le test au moins tous les deux ans. Cette pratique vaut pour l'ensemble de la Belgique (un peu moins à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie). Ce test a été prescrit dans 80 % des cas par un généraliste et semble désormais faire partie des examens de routine. Malgré la forte augmentation du nombre de tests PSA, la Fondation Registre du Cancer enregistre pourtant, chaque année, environ 9000 nouveaux cas de cancer de la prostate et ce de manière stable, depuis 2004.

## Lenteur du cancer de la prostate et recours au test PSA comme outil de suivi

Le cancer de la prostate survient surtout chez les hommes de plus de 60 ans et évolue en général très lentement. Cette lenteur est telle que la plupart des hommes atteints d'un cancer de la prostate ne subiront aucun inconvénient de leur maladie et ne décéderont pas de cette cause. Les problèmes urinaires parfois rencontrés chez des patients sont généralement causés par une hypertrophie de la prostate et ne sont que rarement la conséquence d'un cancer. Dans ce contexte, on comprendra aisément l'inutilité d'un test de diagnostic précoce pour un patient de plus de 75 ans. Le taux de PSA est mesuré par un test sanguin. Une valeur élevée peut être le signe d'une affection de la prostate : une hypertrophie bénigne de la prostate, une inflammation et, parfois, un cancer. Des taux élevés de PSA ne prouvent donc pas l'existence d'un cancer.

Inversement, des taux bas de PSA n'offrent pas la garantie qu'il n'y ait pas de cancer de la prostate.

En cas de PSA élevé, le médecin propose généralement à son patient une biopsie. Il faut cependant savoir que cette biopsie peut entraîner des complications (hémorragies ou infections). La biopsie permet de détecter la présence de cellules cancéreuses et indique si l'on se trouve face à un cancer à faible ou à haut risque en termes d'évolution. Seuls les cancers à haut risque doivent être traités. Ces traitements (opération ou radiothérapie) peuvent engendrer des effets secondaires importants tels qu'impuissance ou incontinence. En cas de cancers de la prostate à faible risque, un simple suivi suffira. Le test PSA est alors l'outil de suivi indiqué. Ce test peut également être envisagé dans le cadre d'un diagnostic précoce mais à la demande du patient et après que ce dernier ait été correctement informé de ses avantages et inconvénients.

Alors qu'il est de plus en plus prescrit, le test PSA n'est pas repris dans la liste des examens préventifs recommandés par les deux principales organisations de médecins généralistes, la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et Domus Medica. Dans l'état actuel des connaissances scientifiques, la Mutualité chrétienne estime que le test PSA à des fins de diagnostic précoce, chez des hommes ne présentant pas de plaintes et sans une information préalable, n'est pas indiqué.

La MC demande aux organisations de médecins et aux pouvoirs publics de rédiger des directives claires à destination des médecins ainsi que des brochures d'information neutres pour les patients. Par ailleurs, elle invite le Centre fédéral d'expertise des soins de santé à procéder à une mise à jour de son étude de 2006 sur le test PSA.

*D'après un communiqué de presse de la Mutualité chrétienne*

## RÉFLEXIONS

# Intérêts économiques et santé publique : équation impossible ?

## Plaidoyer en faveur d'un conseil fédéral de la publicité

**Chacun d'entre nous est confronté en moyenne à 1200 messages commerciaux, visuels ou sonores, par jour<sup>1</sup>. La publicité est donc omniprésente : à la télévision, la radio, dans la rue, sur le web, sur notre GSM, dans les jeux vidéos, dans les événements, les stades, etc. La grande majorité de ces nombreux messages quotidiens est perçue inconsciemment. Et la tendance va vers encore plus de pubs et mieux ciblées. Le consommateur n'en sortira pas gagnant, bien au contraire. De plus, certaines de ces pratiques commerciales vont à l'encontre du bien commun, de l'éthique ou de la santé publique.**

Ces pratiques de plus en plus excessives (de forme ou de contenu) incitent à la surconsom-

mation ou heurtent l'éthique. Ainsi, la quantité et la fréquence excessive des messages publicitaires dans notre société en général constituent une pression constante sur les individus, et le développement massif des « nouveaux médias » fait affluer une nouvelle vague de pratiques commerciales encore plus pointues, voire agressives, dont les jeunes, premiers utilisateurs de ces médias, sont les cibles principales. Le consommateur devient de plus en plus partie prenante de l'acte publicitaire à travers ces nouvelles pratiques (marketing viral, sites de socialisation, blogs, etc.) et les systèmes classiques et actuels de contrôle sont en panne.

Une démarche de promotion de la santé peut relever d'actions à plusieurs niveaux. Il s'agit

dès lors ici de travailler notamment sur les obstacles attitudeux et structurels. En effet, promouvoir des contextes plus favorables à des consommations responsables implique aussi de promouvoir des politiques publiques saines. Dès lors, agir non seulement sur la régulation des pratiques commerciales mais aussi sur les représentations que le public peut en avoir relève de ces stratégies de promotion de la santé.

### La publicité : face visible de l'iceberg ?

La publicité est un processus de séduction qui crée un manque et contraint à consommer. Elle s'immisce dans la vie du consommateur mais celle-ci est masquée par un sentiment

<sup>1</sup> Outil de sensibilisation « Notre cerveau n'est pas à vendre », Les Équipes Populaires, mai 2007.

de libre choix et de droit à être soi. Les destinataires du message se projettent dans les valeurs, la notoriété, le prestige associés à la marque et il y a place pour des comportements hors du commun. Dans la création publicitaire, le message s'autonomise par rapport au produit ; c'est l'image qui s'impose et qui l'emporte sur les caractéristiques du produit. La force identitaire des marques développe une croyance plutôt qu'une connaissance du produit. La publicité s'inscrit dans un processus de socialisation. Les inégalités sociales sont gommées : le produit devient une nécessité pour tous. Et la publicité n'est pas neutre : elle valorise et propose des modèles de conduite.

La grande majorité d'entre nous voit la publicité là où elle est facilement identifiable comme telle : dans les messages à la télévision, dans la presse écrite, dans l'affichage public, à la radio... Bref, dans les médias de masse. Mais il faut comprendre la publicité comme toute action visant à mettre en avant un produit ou un service dans un but commercial. Cela veut donc dire que la publicité couvre tout le spectre des pratiques commerciales, des plus évidentes (comme dans les médias de masse), aux plus discrètes ou surnoisées (le packaging, le placement de produits dans les films, dans l'événementiel, le buzz marketing, le parrainage, etc.). Il faut donc comprendre la publicité comme toute démarche commerciale et non uniquement comme une démarche médiatique.

### Le jeune est-il plus concerné encore ?

Si, en grandissant, les enfants apprennent à repérer les publicités et à se montrer critiques vis-à-vis d'elles, ils n'en restent pas moins fortement influençables. En effet, plusieurs études (dont celle d'**Arnaud Pêtre**, chercheur en neuro-marketing à l'UCL) ont démontré la fragilité du public jeune face aux pratiques commerciales. Lors de l'enfance et de l'adolescence (jusqu'à environ 20 ans pour les filles, et 24 ans pour les garçons), le cortex pré-frontal, siège de l'inhibition, est immature. Or, lorsque celui-ci est dépassé, c'est le cerveau « émotionnel »

qui prend l'ascendant (putamen, claustrum, cortex cingulaire antérieur, amygdales) sur lequel les annonceurs jouent en permanence (couleurs, personnages rigolos, images rythmées, musique, etc., génèrent des émotions qui sont alors inconsciemment associées à la marque). Et l'émotion est un accélérateur de la mémoire épisodique, chère aux annonceurs. Le libre arbitre de tout un chacun est guidé par la capacité des lobes frontaux et pré-frontaux à inhiber les réponses de notre cerveau primitif. Cela permet de comparer les messages perçus, reçus, avec des éléments de notre mémoire, ce qui, dès lors, provoque l'inhibition de la réponse émotionnelle et guide notre intention d'achat ou pas selon les arguments et nos besoins.

■  
Dans les années 90, la « culture de l'intégrité » s'est généralisée à tous les secteurs d'activité car les entreprises y ont trouvé plusieurs avantages substantiels : devancer et désamorcer de nouvelles réglementations, s'adapter en souplesse aux exigences du marché, bénéficier des fruits de la mondialisation contre quelques engagements envers la société.  
■

L'enfant et le jeune, dont les lobes frontaux et pré-frontaux sont encore immatures, montrent donc des difficultés accrues à traiter scrupuleusement un message, à comprendre l'intention persuasive, à distinguer une publicité d'un jeu, d'une information, et à contre-argumenter. De plus, toutes ces difficultés sont accrues avec les nouvelles techniques de marketing plus discrètes ou insidieuses (marketing viral, buzz marketing, placement de produits dans les films et les jeux vidéos, etc.).

Par ailleurs, comme le souligne **Nadine Fraselle**<sup>2</sup>, alors que les certitudes du passé sont mises en question par les jeunes, les marques compensent les pertes de repères institutionnels. Les valeurs proposées par les marques ont tendance à être mieux enten-

dues que celles proposées par les parents, l'école, les institutions et organisations.

La compréhension de la fonction publicitaire dépend donc en effet notamment des capacités de perception et de l'âge. Les plus jeunes distinguent mal l'information de la publicité et ils s'attachent aux éléments d'exécution (visuel, couleur, animation). Ils se projettent dans le monde des adultes auxquels ils veulent ressembler et qu'ils imitent. L'attitude envers l'annonce et envers la marque sous un angle hédoniste explique l'intention d'adhérer à la marque.

Quant aux adolescents, s'ils ont conscience de l'aspect persuasif de la publicité et se montrent critiques à son encontre, ils n'en demeurent pas moins largement influencés dans leur quête d'identité qui se juxtapose à une quête des marques : « Je suis ce que j'ai ». Pour amener les jeunes à adopter de nouveaux comportements favorables aux produits mis en valeur, il faut communiquer sur une base permanente. Les annonceurs utilisent plusieurs techniques d'approche des jeunes : l'hyper-segmentation des marchés et le ciblage pointu, l'interaction information-publicité donnant lieu à la présence de publicités masquées et fugitives dans l'information, la combinaison de plusieurs médias. Ils recourent à des tierces parties (les pairs auxquels les jeunes peuvent s'identifier) pour étendre une cible ou s'en rapprocher en prodiguant des conseils sur la manière de modifier sa façon de se distraire et de consommer. La première réaction attendue par l'annonceur de la part du consommateur est de dire « oui » à une offre et ensuite de maintenir le contact avec lui. Par ailleurs, le (jeune) consommateur qui s'écarterait du discours généralement adopté pourrait se voir marginalisé, ce qui pourrait également modifier certains comportements par la favorisation du « mal-être » social qu'engendre cette mise à l'écart.

Cependant, ne soyons pas non plus trop pessimistes, la majorité des adolescents font preuve d'esprit critique développé, notre rôle est d'aider les jeunes à l'utiliser à bon escient afin de favoriser chez eux le réflexe

<sup>2</sup> Fraselle N., Chercheur UCL, *Marketing et responsabilité des alcooliers envers les jeunes*, travail préparatoire à la publication « Les publicitaires savent pourquoi », cahier de l'éducation aux médias, Média-Animation, août 2006.

du « consommateur » critique et responsable. Mais l'immense marché publicitaire et son énorme pouvoir persuasif font de notre action éducative une entreprise sans cesse à renouveler ainsi qu'un combat inégal.

Il est temps maintenant que les pouvoirs publics prennent des mesures plus égalitaires afin de mieux protéger le consommateur. Comme les mineurs ont accès à l'ensemble des messages publicitaires en dehors des émissions qui leur sont destinées, c'est toute la publicité qui doit être réfléchie en fonction du souci de protection des mineurs.

### La Responsabilité Sociale des Entreprises, de la poudre aux yeux ?

La « Corporate Social Responsibility » (Responsabilité Sociale de l'Entreprise : RSE) prend en compte les questions adressées à celle-ci par les acteurs externes. Nadine Fraselle nous rappelle que l'entreprise doit participer au développement durable de la planète aux côtés d'autres acteurs (pouvoirs publics, consommateurs, citoyens) par des actions de précaution à l'égard des dommages environnementaux et des problèmes sociaux, et par des actions positives envers la société civile. L'éthique de la responsabilité de l'entreprise est associée au devoir de s'intégrer et d'être responsable dans le contexte de société dans lequel elle mène ses activités. En apportant des réponses aux exigences du marché, l'entreprise se redéfinit dans sa légitimité citoyenne et dans son efficacité économique. Cet engagement social et environnemental est devenu inévitable face aux pressions sociales. Il se traduit le plus souvent par l'adoption d'un code de « bonne » conduite.

Les entreprises sont appelées à répondre de leurs actes auprès des actionnaires mais aussi auprès des employés, des clients, des représentants de la société civile (l'ensemble des parties prenantes). Dans les années 90, cette « culture de l'intégrité » s'est généralisée à tous les secteurs d'activité car les entreprises y ont trouvé plusieurs avantages substantiels : devancer et désamorcer de nouvelles réglementations, s'adapter en souplesse aux exigences du marché, bénéficier des fruits de



Photo © Fotolia

la mondialisation contre quelques engagements envers la société.

Mais peut-on parler de responsabilité lorsque les bases institutionnelles des actions menées par les entreprises sont faibles ou inexistantes ? L'absence de politique globale et coordonnée handicape le mouvement de la RSE car les actions mises en œuvre ou proposées sont prises au cas par cas et elles agissent isolément plutôt que sur des processus et sur des fonctions collectives. De plus, on peut se demander si ce n'est pas une occasion pour certaines entreprises de se dédouaner de leurs responsabilités en créant l'illusion de s'engager d'un point de vue sociétal.

Pour les organisations de consommateurs ou les acteurs de prévention, l'intervention des pouvoirs publics est un gage de reconnaissance de normes de protection harmonisées, élevées et ayant une portée large. Les codes de conduite ne sont pas adaptés lorsque des droits fondamentaux comme la protection de la santé sont en jeu.

Les codes prennent en compte les seules questions pour lesquelles les entreprises acceptent d'agir, ce qui rend l'action publique dépendante de celles-ci et réduit considérablement les ambitions d'une approche globale et intégrée des problèmes que rencontrent

les consommateurs. En outre, la disposition des entreprises à agir est mince si les pouvoirs publics réservent peu d'attention à ces problèmes.

Les codes de conduite sont nécessaires pour faire valoir les valeurs que les entreprises entendent respecter et pour que les parties prenantes puissent s'y référer. Mais ils présentent certains problèmes d'efficacité juridique dont les principaux sont la diversité des moyens de contrôle et très souvent l'absence de sanctions. Enfin, la grande hétérogénéité des positions rend difficile toute tentative de dégager une vue cohérente.

### L'autorégulation a ses limites !

À l'heure actuelle, le seul organisme supposé réguler l'ensemble des pratiques commerciales en Belgique est le JEP (Jury d'Éthique Publicitaire), créé en 1974 par le Conseil de la Publicité. Même si depuis 2007, le JEP a évolué vers une forme plus démocratique en s'ouvrant à la société civile, il n'en demeure pas moins que les représentants commerciaux du secteur restent majoritaires. Le conflit d'intérêt est donc flagrant.

De plus, le JEP présente plusieurs lacunes importantes en matière de (auto-) régulation. En effet, il ne se déclare compétent que pour la publicité « above the line », c'est-à-dire des médias de masse (télévision, radio, presse écrite, affichage, cinéma) – dont on estimait en 2005<sup>3</sup> qu'il ne représente plus que 30 % des investissements publicitaires – ainsi que, plus récemment, pour Internet, dans sa forme publicitaire « classique ». Quid alors de la régulation de la masse publicitaire « below the line », laquelle représenterait donc pourtant plus de 70 % des investissements commerciaux aujourd'hui ? Or, les dérives les plus graves et les plus fréquentes se retrouvent de plus en plus dans les nouveaux médias, lors d'événements ou dans la rue (télécommunications, street marketing, marketing viral, tribal, buzz marketing...). Et il faut ajouter à cela que seuls les chiffres du marketing « above the line » sont relativement connus ; la part consacrée aux autres médias allant grandissant, le contrôle n'en deviendra que plus complexe et les pratiques plus obscures.



Photo © Fotolia

Par ailleurs, le JEP n'a pratiquement aucune possibilité d'empêcher la sortie avant diffusion de publicités sortant du cadre légal : « 15 % des campagnes que nous étudions nous sont transmises avant diffusion par les agences, les annonceurs ou les médias »<sup>4</sup>. Le « mal » est donc déjà fait pour au moins 85 % de ces publicités ! Enfin, le Conseil d'État a rendu un avis négatif sur le Projet de Loi du 28 mai 2006 modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs stipulant, entre autres, que de telles mesures concernant la publicité (l'autorégulation, telle la convention réglementant la publicité pour l'alcool) ne devraient pas être proposées par le secteur lui-même ; et, comme le souligne le CRIOC, « consommateurs, producteurs et distributeurs doivent être conscientisés à l'importance du 'contrôle social' (et donc public) sur la vente et la consommation (...) Croire que le marché pourra mieux s'organiser par l'autorégulation relève de l'utopie ou de la mauvaise foi. Tous les systèmes économiques montrent qu'en l'absence de régulation par les pouvoirs publics, les intérêts individuels entrent en conflit et des distorsions se créent entre les acteurs. Ainsi, les codes de conduite (ou conventions privées) ont montré plus d'une fois leurs limites ».

### Que pourrait être le rôle des pouvoirs publics ?

La solution proposée serait de légiférer en matière de pratiques commerciales et de réguler la publicité à travers un *Conseil fédéral de la publicité*, organe public, indépendant et dont

les activités feraient indirectement pression sur les producteurs. Ses procédures de fonctionnement devraient être claires, précises et transparentes. Elles devraient produire des résultats effectifs et mesurables.

■

Aujourd'hui, alors que l'éthique revient au premier plan dans le monde économique, alors que l'on parle de responsabilité sociale de l'entreprise, ne conviendrait-il pas de s'interroger sur l'autorégulation et ses limites, sur la volonté du monde de la publicité de s'octroyer un permis de créer sans réserve, sans règles autres que celles qu'il se donne à lui-même, et de l'abandon des pouvoirs publics sur ces questions ?!

■

Pour réguler la communication commerciale, il faut appliquer une législation précise qui identifie toute communication publicitaire ou marketing et la sépare d'un contenu éditorial. Les règles en matière d'exposition et de durée devraient être précisées et simplifiées. Plutôt que de ne réglementer que le contenu de la publicité, il serait plus efficace d'autoriser la publicité en fonction des lieux de diffusion : seuls les lieux interdits aux mineurs diffuseraient de la publicité pour des produits et services réservés aux adultes et les lieux « enfants admis » ne pourraient dif-

fuser que des publicités dont la vente des produits est autorisée aux mineurs.

Enfin, la régulation des techniques publicitaires doit s'élargir à l'ensemble des médias. La créativité publicitaire et le marketing développés aujourd'hui font qu'on ne peut plus faire l'impasse sur l'éthique, le développement durable et le respect d'autrui.

Il faudrait donc créer un Conseil fédéral de la publicité, organe public, indépendant, au pouvoir réellement contraignant et aux missions d'observation élargies. Ses missions seraient d'observer l'ensemble des pratiques commerciales (tant en amont qu'en aval de la diffusion), de contrôler et sanctionner lorsque les lois et réglementations ne sont pas respectées, et d'assurer des missions d'éducation en participant aux travaux d'éducation aux médias émanant du secteur public et/ou associatif. Pour remplir ses missions, ce Conseil se baserait sur la législation en vigueur ainsi que sur les accords collectifs de consommation plutôt que sur les codes de bonnes conduites dont on a largement pu mesurer les limites. Ce Conseil fédéral pourrait être financé via une participation financière indirecte des annonceurs à la hauteur de seulement 0,1 % des montants engagés dans les campagnes à travers un mécanisme qui doit être public et transparent afin de donner toutes les garanties d'indépendance et d'éthique. Ceci représenterait un budget annuel de l'ordre de 2,4 millions d'euros si l'on prend pour référence les chiffres de l'année 2005 pour la seule publicité « above the line »<sup>5</sup>.

Aujourd'hui, alors que l'éthique revient au premier plan dans le monde économique, alors que l'on parle de responsabilité sociale de l'entreprise, ne conviendrait-il pas de s'interroger sur l'autorégulation et ses limites, sur la volonté du monde de la publicité de s'octroyer un permis de créer sans réserve, sans règles autres que celles qu'il se donne à lui-même, et de l'abandon des pouvoirs publics sur ces questions ? ! L'heure des choix s'impose. Mieux réguler ces pratiques ne va pas à l'encontre de la prospérité économique, que du contraire. Tant les entreprises que les responsables politiques ont intérêt à envisager les pratiques commer-

4 « Quand la pub fait de la pub à la pub », Interview du Président du Conseil de la publicité, article du *Soir* du 16 novembre 2006.

5 *Contrastes*, mars-avril 2007.



ciales de manière plus durable et dans un meilleur respect des consommateurs. Il en va de leur notoriété, de leur image, de leur survie...

**Martin de Duve**, Directeur d'Univers santé

*Adresse de l'auteur : Univers santé,  
Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve.  
Tél. : 010 47 28 28. Fax : 010 47 26 00.  
Courriel : [univers-sante@uclouvain.be](mailto:univers-sante@uclouvain.be).  
Internet : [www.univers-sante.ucl.ac.be](http://www.univers-sante.ucl.ac.be)*

*Cet article est une version légèrement modifiée d'un texte publié dans la revue trimestrielle « Drogues-Santé-Prévention » n°56 (2010) de Prospective Jeunesse. Nous le reproduisons avec son aimable autorisation.*

## OUTILS

# La cigarette, faut qu'on en parle!

### Description de l'outil

#### Matériel

DVD, 105 min

Livret d'accompagnement, 72 pages

Auteurs : Monique Osman et Céline Buhler

#### Concept

Ce DVD rassemble 75 témoignages d'adolescents et adultes autour du tabagisme (fumeurs, anciens fumeurs, non-fumeurs de tous âges, experts du monde de la santé). Ils sont répartis en 4 thèmes : fumer, c'est quoi ; je vis en société ; les risques du fumeur ; l'argent des cigarettes.

#### Objectifs

Lancer le débat auprès des jeunes sur des thèmes liés à la consommation de cigarettes afin de trouver le moyen de dire non au tabac. Mieux comprendre ce qu'est la cigarette.

#### Conseils d'utilisation

Utilisateurs : intervenants en éducation pour la santé, enseignants, animateurs.

Les témoignages permettent d'animer des actions de prévention auprès de jeunes de 8 à 15 ans.

Le livret d'accompagnement propose analyses et pistes d'exploitation. Les témoignages sont autant de points de départ et d'illustrations des débats à mener avec les jeunes, au terme desquels ils pourront trouver eux-mêmes les moyens de dire non au tabac.

#### Bon à savoir

Cet outil a été réalisé par le CRDP de Franche-Comté, avec le soutien financier de la ville de

Besançon et de la Caisse primaire d'assurance maladie de Besançon, en collaboration avec la Ligue nationale contre le cancer. Il a reçu le Prix du Jury au Festival du film d'éducation à la santé de Montpellier en 2008.

*Disponible chez l'éditeur : Centre Régional de Documentation Pédagogique,  
5 Rue des Fusillés - BP 1153, 25003 - Besançon cedex, France. Tél : +33 (0)3 81 25 02 73.*

*Fax : +33 (0)3 81 25 02 55.*

*Courriel : [crdp.commercial@ac-besancon.fr](mailto:crdp.commercial@ac-besancon.fr)  
Les CLPS suivants peuvent vous prêter cet outil : Brabant wallon, Huy-Waremme (antenne de Huy), Namur, CVPS (Verviers). Aussi disponible au FARES.*

### Avis de la Cellule d'experts de PIPSA ([www.pipsa.be](http://www.pipsa.be))

#### Appréciation globale

Ce DVD présente 75 témoignages autour du tabac, dont la variété (tranches d'âge, motivations, professionnels et usagers) permet de montrer la complexité de l'accroche au tabac. Les témoins présentent leur vécu (pour les usagers) ou point de vue (pour les professionnels) de manière naturelle, non jugeante et non normative, et les différentes séquences se renforcent et se complètent.

Le découpage en grandes thématiques présente un panorama varié et complet des divers aspects du tabac (en ce compris l'aspect « plaisir »), et rend cet outil tout à fait modulable, en cohérence avec les objectifs pédagogiques visés. Le contenu informatif est en lui-même peu innovant, mais la traduction en témoignages courts facilite l'implication des jeunes.

Le cahier d'accompagnement présente un résumé des contenus, ainsi que les analyses possibles et des pistes de discussion, le tout de manière claire et opérationnelle. L'animateur pourra dès lors facilement sélectionner les témoignages selon le type de réflexion qu'il souhaite susciter.

Le livret d'accompagnement manquant de consignes sur la gestion des émotions et du conflit, le respect de la parole de l'autre et des libertés individuelles, il est conseillé à l'animateur d'être particulièrement attentif à bien préparer les débats en utilisant des ressources externes.

Malgré une manipulation un peu fastidieuse, ce DVD présente une bonne qualité professionnelle.

#### Objectifs de l'outil

Ouvrir le dialogue à partir de témoignages liés à la consommation tabagique.

Susciter une réflexion relative à sa consommation tabagique et son impact sur la vie en société, repositionner sa consommation.

Éveiller le sens critique par rapport au tabac et aux mécanismes de dépendance.

#### Public cible

À partir de 12 ans (adolescents et adultes, public scolaire et extrascolaire).

Peut s'adresser aux fumeurs comme aux non-fumeurs.

#### Utilisation conseillée

Choisir les séquences selon les objectifs de l'animateur et les préoccupations des jeunes. Visionner toutes les séquences avant d'exploiter le DVD.

## Santé et inégalités

La Mutualité chrétienne (MC) a fait de la lutte contre les inégalités (sociales) de santé une de ses priorités.

Dans ce but, la MC Hainaut Picardie et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes ont réalisé un dossier d'animation qui vise les objectifs suivants, s'inscrivant dans une démarche d'éducation permanente :

- proposer des animations et supports informatifs ;
- permettre aux animateurs d'entamer une sensibilisation, une action, un projet sur le sujet ;
- faire partager sa conviction que 'si on veut réduire les inégalités en matière de santé, il ne faut pas seulement modifier les habitudes individuelles, mais aussi travailler sur les déterminants de santé'.

L'outil se présente sous forme d'un classeur contenant un DVD et 12 fiches pédagogiques 'papier'. Certaines d'entre elles sont destinées à sensibiliser le public, d'autres proposent des techniques d'animation. Chaque fiche propose aussi des références permettant aux animateurs d'approfondir leur démarche.

Le DVD reprend l'ensemble des fiches, mais aussi des diaporamas complétant ces dernières et d'autres documents utiles.

La MC Hainaut Picardie accompagne aussi ce dossier d'un module de formation pour en stimuler l'appropriation.

Le public visé par cette initiative est principalement interne : le personnel, les élus, les volontaires des groupes locaux, les militants de



la Mutualité chrétienne et des organisations du Mouvement ouvrier chrétien ; par extension, le dossier d'animation intéressera aussi les associations actives sur ce terrain (soins à domicile, maisons médicales...), et, in fine, les membres de la mutualité pour qui la solidarité n'est pas un vain mot...

### Les 12 fiches

Fiche 1 – Synthèse de l'étude 'Les inégalités de santé, ou pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé' (voir aussi Éducation Santé n° 239, novembre 2008 et 242, février 2009).

Fiche 2 – Initiatives pour favoriser l'accès aux soins de santé (tiers payant social, maxi-

mum à facturer, intervention majorée, statut omni...).

Fiche 3 – Santé et travail (inégalités selon niveau hiérarchique, métier ou secteur, taille de l'entreprise, ancienneté dans l'entreprise, sexe, type de contrat de travail).

Fiche 4 – Santé et femmes (indicateurs socio-économiques, taux d'emploi, santé subjective...).

Fiche 5 – Santé et jeunes

Fiche 6 – Logement (le loyer pèse 30 % du budget d'un ménage qui loue son logement, mais ne compte que pour 6 % dans le calcul de l'index-santé...).

Fiche 7 – Relations avec les prestataires (dossier médical global, empowerment des patients, carnet de santé).

Fiche 8 – Consommation de médicaments

Fiche 9 – Isolement social, précarité sociale et financière (importance du réseau social, différences hommes-femmes, services sociaux, mouvements socio-éducatifs proches des mutualités).

Fiche 10 – Santé mentale (en particulier des aînés).

Fiche 11 – Invalidité

Fiche 12 – Pour une promotion de la santé émancipatrice (rappel des principes fondamentaux).

*Pour en savoir plus : Bernard Van Tichelen, collaborateur staff à la Mutualité chrétienne (bernard.vantichelen@mc.be).*

## Éduquer à la sexualité, un métier qui s'apprend

Dans un contexte d'affrontement de valeurs, de représentations du sexe racoleuses et violentes, de marchandisation de la sexualité, l'éducation à la sexualité s'avère plus que jamais légitime et nécessaire. Il s'agit d'aider les jeunes à se mettre en mouvement au-

tour de questions fondamentales : qui suis-je ? Qu'est-ce qu'aimer ? Qui est cet autre pour moi ? Quels sont ces désirs qui surgissent ? Comment les vivre ?

Aller à la rencontre des jeunes avec cet objectif n'est pas anodin. Les animateurs chargés de

cette mission savent combien elle est délicate. Pour tenir une juste place et être préparés aux difficultés de leur tâche, ils doivent pouvoir compter sur une formation adaptée. La Fédération laïque de centres de planning familial a élaboré une telle formation,

fondée sur l'expérience et le questionnement des participants. Elle vient d'éditer une brochure de cent pages structurée en trois chapitres qui en décrivent la philosophie et les valeurs, les repères méthodologiques et les principaux thèmes. Ces derniers sont notamment les objectifs d'une animation, le cadre à négocier pour un bon déroulement, le démarrage, la place à réserver aux notions médico-scientifiques, l'animation d'un débat, les pièges, les obstacles et les limites rencontrés par l'animateur, et les 'nouvelles problématiques' (hier le sida, aujourd'hui les conflits culturels, l'Internet, la pornographie...), qui préoccupent beaucoup les animateurs.

Le document n'hésite pas à évoquer les situations délicates que les animateurs rencontreront tôt ou tard, ce qui permet de les dédramatiser, de mieux les gérer, sans pour autant offrir de recettes toutes faites qu'il

**Réfléchir au sens de l'EVAS**  
(éducation à la vie sexuelle et affective)

Il s'agira d'aborder l'identité sexuée, le désir, le plaisir, les relations de genre, qui s'inscrivent dans un contexte social, culturel et temporel donné. « *L'erreur fondamentale serait de penser [la sexualité] détachée de sa fonction symbolique, ou de la limiter à un acte et d'oublier que l'essentiel est dans une relation avec un autre* » (Serge Lesourd).

La formation doit permettre aux animateurs de « se poser » afin de

questionner leur pratique et de prendre conscience (ou se rappeler) que les thèmes qu'ils proposent dans les groupes sont des sujets universels et intimes, empreints de valeurs et de tabous.

Réfléchir au sens de l'EVAS vise à placer la prévention des comportements à risque dans toutes ses dimensions : sociale, culturelle et psychique.

(extrait, page 13)

leur suffira d'appliquer quand ils se sentiront en difficulté.

*Éduquer à la sexualité, un métier qui s'apprend*, par Colette Bériot, Katinka in 't

Zandt, Nathalie Paiva, avec la collaboration d'Alain Cherbonnier, FLCPF, 100 pages, 2011, 10 euros. Diffusion : CEDIF, tél. : 02 502 68 00, courriel : cedif@planningfamilial.net.

**Tribune**

**La pub alcool devient imbuvable : la publicité doit être régulée!**

Le Groupe porteur « Jeunes, alcool & société », composé de douze associations actives dans les secteurs de la jeunesse, de l'éducation et des assuétudes en Communauté française<sup>1</sup>, se réjouit de la proposition de résolution adoptée le 26 janvier dernier au Parlement de la Communauté française. Celle-ci engage le débat sur le déséquilibre entre les enjeux publicitaires et les enjeux de santé publique et propose une série de mesures pour y remédier. Ces mesures concernent notamment d'une part la nécessité d'un contrôle public de la publicité afin de « mieux réguler toutes les formes de publicité »<sup>2</sup> et d'autre part « d'étudier les enjeux liés à l'interdiction de la publicité pour l'alcool »<sup>3</sup>.

En matière d'alcool, les professionnels de terrain partagent les mêmes constats : la publicité contribue largement à banaliser

et valoriser la surconsommation d'alcool. Les jeunes en sont les premières cibles. La consommation se fait plus précoce et on constate une augmentation des consommations pour atteindre l'ivresse. L'évolution des pratiques commerciales autour des produits alcoolisés n'y est pas étrangère, relevant de stratégies de plus en plus ciblées, incisives et agressives. Cela fait déjà plusieurs années que le Groupe porteur « Jeunes, alcool & société » l'a dénoncé, notamment dans la publication « Les publicitaires savent pourquoi »<sup>4</sup>.

En réponse aux nouvelles tendances de la consommation d'alcool chez les jeunes (alcoolisation abusive), l'État a interdit la vente de bières et de vins aux moins de 16 ans. Pour les spiritueux (dont les alcopops), la limite est de 18 ans. En prenant cette mesure nécessaire, l'État ne remet cependant en cause ni les producteurs, ni la

publicité mais estime que c'est aux jeunes consommateurs de changer, d'arrêter de boire. Or, pour résoudre ce problème de société complexe, il faut un large éventail de mesures qui ciblent les différentes facettes de la question.

Si l'État a raison de s'inquiéter des comportements des consommateurs, jeunes ou non, il doit aussi impérativement encadrer le secteur des alcooliers et des publicitaires, comme il l'a fait pour le tabac. N'est-il pas paradoxal de faire de la prévention si on n'empêche pas la publicité pour l'alcool de matraquer le public avec des messages manipulateurs pour le 'contraindre' à boire ? Selon le Groupe « Jeunes, alcool & société », l'interdiction de la publicité pour l'alcool doit donc être un préalable à la mise en place d'une véritable politique de santé publique, comme l'envisage cette résolution. Alors, un réel travail d'éducation

1 Citadelle, le Conseil de la jeunesse, la Fédération des Centres de Jeunes en Milieu Populaire, la Fédération des Etudiant(e)s Francophones, Infor-Drogues, Jeunesse et Santé, la Ligue des Familles, Prospective Jeunesse, Question santé, le R.A.P.I.D., Latitude Jeunes et Univers santé qui pilote le Groupe.  
2 et 3 voir la proposition de résolution de la Communauté française, disponible sur : <http://www.pcf.be/req/info/dossier?section=public&id=001326204>  
4 « Les publicitaires savent pourquoi, les jeunes, cibles des publicités pour l'alcool », Les dossiers de l'éducation aux médias, Média Animation, 2006, 52 pages. Disponible en ligne sur [www.jeunesetalcool.be](http://www.jeunesetalcool.be) (rubrique Qui sommes-nous ? Actions, fichier de 3Mb). Ce dossier sera actualisé et réédité prochainement.

du public pourra se développer, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Par ailleurs, outre les médias classiques, une publicité plus agressive et insidieuse apparaît surtout dans de nouvelles technologies largement prisées et utilisées par les jeunes : Internet, messages par GSM, intrusion dans les blogs, etc. Ces nouvelles pratiques publicitaires seraient la norme aujourd'hui. En effet, si les chiffres officiels sur l'ensemble des investissements publicitaires font malheureusement défaut, de nombreuses estimations indiquent qu'environ 70 % des investissements publicitaires et commerciaux se situeraient hors des médias classiques (télé, presse, affichage, cinéma, radio) sans faire l'objet d'aucune régulation publique, ni même privée.

Si la loi sur les pratiques du marché protège les consommateurs des publicités trompeuses et déloyales par une réglementation économique, il n'existe toujours pas en 2011 de contrôle public de l'éthique publicitaire. Or, il s'agit d'un enjeu fondamental, compte tenu du pouvoir considérable de la publicité dans notre société, des revenus très importants qu'elle génère, de son omniprésence et surtout de son influence sur nos représentations sociales et nos comportements de consommation, plus particulièrement chez les jeunes et les consommateurs vulnérables.

Ce contexte commercial rend le travail mené au quotidien par les acteurs de la

promotion de la santé chaque jour plus difficile et moins productif. Ainsi, le Groupe porteur « Jeunes, alcool & Société » pense qu'il est primordial et maintenant urgent que les pouvoirs publics agissent en la matière par l'instauration d'une régulation publique claire et efficace.

L'intervention des pouvoirs publics est un gage de reconnaissance de normes de protection harmonisées, élevées et ayant une portée large. Les codes de bonne conduite issus du secteur privé, qui régissent actuellement la publicité, ne sont pas adaptés lorsque des droits fondamentaux comme la protection de la santé sont en jeu. La publicité influence les consommations et fait adopter des comportements parfois dangereux pour notre santé. Faisant partie intégrante de nos vies, elle touche à l'éthique et à des thèmes transversaux : éducation, santé, surendettement, développement durable, égalité des chances, assuétudes, etc. La régulation de ce secteur, dont les recettes financières aveuglent les enjeux sociétaux, doit donc se faire par la mise en place d'un Conseil fédéral public de la publicité.

#### Le Groupe porteur "Jeunes, alcool & société"

Groupe porteur « Jeunes, alcool & société » en Communauté française, piloté par l'asbl Univers santé, Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve. Tél : 010 47 28 28. Internet : [www.univers-sante.be](http://www.univers-sante.be). Voir aussi le site [www.jeunesetalcool.be](http://www.jeunesetalcool.be).

Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.  
**Comité opérationnel** : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.  
**Éditeur responsable** : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.  
**Maquette et mise en page** : Muriel Logist.  
**Impression** : Impaprint.  
**Tirage** : 1.800 exemplaires.  
**Diffusion** : 1.650 exemplaires.  
**ISSN** : 0776 - 2623.  
Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.  
**Pour tous renseignements complémentaires** : Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire). Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

## SOMMAIRE

### Initiatives

Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives, par *Delphine Matos da Silva, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois* 2

Bref bilan de la première Université de printemps francophone en santé publique, propos d'*Alain Levêque et Martine Bantuelle* recueillis par *Christian De Bock* 5

Le partenariat entre médecins généralistes et associations de santé : pas si simple... mais porteur ? *Jean Laperche, Valérie Hubens, Jean-Luc Collignon, Marie-Josée Couteau* 6

Une enquête au cœur du malaise des jeunes, par *Colette Barbier* 8  
*Cittàslow*, ou l'éloge de la lenteur, par *Stéphanie Van Haesebrouck* 11

Innovation et alimentation 12

Explosion du nombre d'exams de la prostate 12

### Réflexions

Intérêts économiques et santé publique : équation impossible ?, par *Martin de Duve* 13

### Outils

*La cigarette, faut qu'on en parle !* 17

### Matériel

*Santé et inégalités*, un dossier pédagogique des Mutualités chrétiennes 18

Éduquer à la sexualité, un métier qui s'apprend 18

### Tribune

La pub alcool devient imbuvable : la publicité doit être régulée ! 19



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.

**Ont collaboré à ce numéro** : Martine Bantuelle, Colette Barbier, Jean-Luc Collignon, Marie-Josée Couteau, Martin de Duve, Valérie Hubens, Jean Laperche, Alain Levêque, Delphine Matos da Silva, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Stéphanie Van Haesebrouck.

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

**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, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens,

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 sont 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 – 05/2010).

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.