



Le Collectif des acteurs de la promotion de la santé s'organise

La première réunion du Collectif des acteurs de la promotion de la santé : joli succès

Il faisait beau à Namur le 7 juillet dernier (mais oui, juillet n'a pas été 'pourri' tous les jours !) pour accueillir les participants à une matinée de travail 'promotion santé' d'un genre particulier. En effet, les acteurs¹ du secteur étaient invités à une rencontre pour discuter de l'intérêt et de la pertinence d'une forme d'organisation collective de cette profession quelque peu atypique, au carrefour de la santé, du social, de l'éducation, de la communication², etc.

L'initiative avait été prise tardivement, courant juin, dans la foulée de la présentation de 'L'évaluation des dispositifs de politique de santé' de la Communauté française³, qui n'est pas passée inaperçue dans le secteur... Malgré les vacances, soixante-quatre personnes ont participé à cette rencontre, ce qui est très encourageant. À peu près autant ont manifesté de l'intérêt pour la démarche, ce qui fait plus de 120 personnes au moins intéressées par le projet d'une représentation professionnelle en promotion de la santé. Plutôt pas mal pour un démarrage à l'initiative de quelques 'bénévoles'. La rencontre, qui a duré deux heures trente, a pris la forme d'un 'World café'⁴. Il s'agit d'un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue, le partage de connaissances et d'idées en vue de créer un réseau d'échanges et d'actions. Ce processus reproduit l'ambiance d'un café (mais sans les boissons alcoolisées, restons sérieux !) dans lequel les participants débattent d'une question en petits groupes de 4 ou 5 personnes autour de tables dressées (plus ou moins !) comme dans un vrai bistrot. Les participants changent de table à intervalles réguliers, sauf un, l'hôte, qui reste en place et anime la conversation des personnes qui se succèdent à sa table. Les conversations en

cours peuvent ainsi être enrichies des discussions précédentes. En fin de parcours, lorsque les questions à débattre l'ont été par tout le monde, les idées principales ayant émergé du processus sont résumées en plénière et les possibilités de suivi sont évoquées.

■
Lors du débat de clôture en plénière, il est apparu que la constitution d'une association était souhaitée à l'automne 2011.
 ■

À Namur, cette méthode conviviale et dynamique a remarquablement fonctionné, et les 14 tables de conversation ont permis non seulement de dégager des pistes fécondes par rapport à l'objet de l'invitation et de prendre déjà deux initiatives concrètes, mais aussi, pour chacun, de faire des rencontres intéressantes avec des collègues inconnus, connus seulement par des échanges électroniques, ou perdus de vue depuis quelques années. Un 'bénéfice secondaire' non négligeable !

Trois questions, deux ébauches de réponses

Cette première réunion a permis d'explorer les trois questions suivantes :

Quelles seront les conditions du succès d'une association professionnelle en promotion de la santé ?

Quel sera l'objet de l'association ? Que devra-t-elle faire tout de suite et à moyen terme ?

Quelles seront les conditions d'adhésion à l'association. Qui sera ou ne sera pas membre ?

Les principales idées issues des deux premiers débats ont été synthétisées sur place⁵ et il a

été demandé aux participants de se positionner sur l'importance relative de celles-ci. Voici les résultats les plus significatifs de ces 'votes' : Pour **réussir l'association**, il faut (options ayant recueilli le plus de suffrages) :

- assurer la transversalité, la pluridisciplinarité, la diversité des professionnels et des structures y participant ;
- assurer la visibilité et la légitimité de celle-ci et pouvoir établir un rapport de force par rapport au monde politique ;
- définir un socle commun, une philosophie et des bases tout en garantissant le respect des spécificités ;
- se positionner par rapport à une ouverture, notamment au-delà du secteur subsidié de la promotion de la santé ;
- poser la question du sens d'une telle association. Est-elle utile ? Comment tenir compte de l'existant ?
- mettre en place un fonctionnement démocratique, participatif, collectif, peu hiérarchisé.

L'**objet de l'association** pourrait être (options les plus populaires) :

- porter une parole vers le monde politique, avoir du poids, susciter la réflexion politique ;
- assurer un plaidoyer sociétal sur base des expériences, faire comprendre la promotion de la santé à l'extérieur du secteur ;
- définir une charte, des objectifs, des statuts ;
- créer de la cohésion dans le secteur, développer la formation, la qualité des pratiques, organiser des échanges de pratiques ;
- visibiliser l'existant, tenir compte des réseaux existants, éviter les concurrence.

Lors du débat de clôture en plénière, il est apparu que la **constitution d'une association**, qui rassemblerait des personnes et des asso-

1 Nous préférons ce terme à 'travailleurs', pour bien marquer le fait que cette initiative ne s'adresse pas uniquement aux travailleurs dont les activités et salaires sont financés en tout ou en partie par le budget 'santé' de la Communauté française. Elle vise toute personne qui adhère à la philosophie de la démarche de promotion de la santé.

2 Nous invitons les lecteurs souhaitant un rappel de l'origine de cette démarche à consulter l'article 'Vers une représentation professionnelle en promotion de la santé' (texte collectif) dans Éducation Santé 269 (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1389>).

3 Voir dans Éducation Santé 269 l'article 'Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations', de Colette Barbier (<http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1392>).

4 Pour en savoir plus, voir la publication 'Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur', coédition de la Fondation Roi Baudouin et du Vlaams Instituut voor Wetenschappelijk en Technologisch Aspectenonderzoek (viWTA), téléchargeable gratuitement sur www.kbs-frb.be et www.viwtta.be

5 Il était sans doute prématuré d'avancer beaucoup sur la question des conditions d'affiliation à une association toujours hypothétique.

ciations⁶, était **souhaitée à l'automne 2011**, mais nécessitait d'approfondir la réflexion et d'examiner des propositions plus précises lors d'une seconde assemblée plénière. Il faudrait en outre être attentif à intégrer une représentation des usagers/citoyens dans cette association : même si elle a une vocation professionnelle, elle ne devrait pas oublier ce 'fondamental' de la promotion santé qu'est la construction avec les usagers...

En outre, un grand nombre de participants ont estimé qu'il fallait entamer, parallèlement et sans attendre, une **réflexion sur l'évaluation des dispositifs de santé et le projet de réforme décrétable** afin de pouvoir, le cas échéant, communiquer cette réflexion vers l'extérieur (parlementaires francophones, cabinets ministériels, presse, décideurs institutionnels, etc.). Les participants étaient d'avis que cette réaction pouvait se faire au besoin en tant que Collectif du secteur, sans attendre la mise en place effective de l'association. Enfin, certains participants n'avaient pas encore eu connaissance du rapport d'évaluation. Il est disponible depuis le 5 juillet 2011 sur le site de la DG Santé de la Communauté française, à l'adresse suivante : [http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=dgs_detail&tx_ttnews\[tt_news\]=367&tx_ttnews\[backPid\]=250&cHash=d42fc6bb30](http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=dgs_detail&tx_ttnews[tt_news]=367&tx_ttnews[backPid]=250&cHash=d42fc6bb30)

Quel suivi ?

Au terme de cette première séance très positive, il a été décidé d'organiser une **deuxième réunion plénière le 19 septembre 2011**, pendant une journée entière (les informations



Photo © Christian De Bock

pratiques seront disponibles très prochainement sur notre site www.educationsante.be, l'adresse de contact pour les personnes intéressées est collectifpromosante@gmail.com). Deux groupes de travail se réuniront entre temps pour faire l'état de leurs réflexions, faire des propositions concrètes, soumettre des questions à l'ensemble du groupe.

Un premier groupe aura pour tâche de faire des propositions sur la forme, l'objet, les conditions d'adhésion à une association professionnelle. Il sera animé par **Cécile Plas** et **Emmanuelle Caspers**.

Un second groupe travaillera à une réaction éventuelle du 'Collectif des acteurs et associations de promotion de la santé' au projet

de réforme des politiques de santé en Fédération Wallonie Bruxelles. L'initiative d'organiser la première réunion de ce groupe a été prise par **Sabine Dewilde**, **Charlotte Pezeril** et **Myriam Deleman**.

Il va de soi que la dynamique qui vient d'être lancée n'est pas réservée seulement à la bonne centaine de personnes qui ont déjà marqué formellement ou symboliquement leur intérêt pour cette démarche. Qu'on se le dise !

Christian De Bock, avec l'aide précieuse de **Flavia Massa**, **Yves Gosselain** et **Chantal Vandoorne**

⁶ Une opinion que ne partage pas l'auteur de cet article, partisan d'une association de personnes exclusivement, mieux à même selon lui de garantir la liberté de parole et d'action des membres.

La promotion de la santé : intéressante pour de futurs médecins ?

Ce titre résume le défi redoutable de l'enseignement de la prévention durant les 4 dernières années de la formation initiale des étudiants en médecine à l'UCL.

Pourtant la promotion de la santé fait partie intégrante des compétences à acquérir par les médecins. Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada le précise d'ailleurs dans le cadre des

compétences CanMeds 2005, tant pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes. Ce document est une référence internationale pour la formation des médecins. De même, la WONCA¹,

¹ WONCA : acronyme de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, association mondiale de la médecine générale pour faire court !

dans sa définition européenne de la médecine générale, précise qu'il convient de « *favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace* » (WONCA Europe, 2002). Dans l'actuelle réforme des cours en médecine et le passage de 7 ans à 6 ans pour la formation de base, la promotion de la santé est toujours présente. Depuis 2006, progressivement, les étudiants en médecine de l'UCL ont dans leur formation de base des cours obligatoires de « *prévention* », et ce chaque année de master 1 (4^e année d'études, anciennement 1^{er} doctorat) à master 3 pour tous les étudiants, futurs chirurgiens ou futurs psychiatres. Et un approfondissement en master 4 pour les futurs généralistes. Aux concepts de base à maîtriser concernant les vaccins, le dépistage des cancers et autres facteurs de risque cardiovasculaires, ces étudiants ont dès le master 1 la perspective d'apprendre à négocier des démarches préventives validées et pertinentes pour un patient en particulier. Et de découvrir par la même occasion que tous les patients ne sont pas égaux devant la santé, que les facteurs de risque des maladies pèsent plus lourd suivant le niveau d'éducation des patients, leur insertion sociale et autres déterminants de la santé. Concrètement, cette sensibilisation, cet apprentissage de l'importance des déterminants de la santé sont appliqués aux facteurs de risque des maladies du cœur et des artères en master 1, et par la découverte de l'éducation thérapeutique, de la Charte d'Ottawa et du Grand Jeu de la Santé en master 2. Il y a aussi des travaux de groupe de master 1 à master 3 en allant interviewer des personnes-ressources, y compris des patients, ainsi qu'un stage d'un mois à option à la pluridisciplinarité en master 4... Et parfois des travaux de fin d'étude qui creusent davantage ces pistes découvertes précédemment.

Le Grand Jeu de la Santé

Intéressons-nous maintenant à cet outil didactique idéal (même si un brin caricatural) pour découvrir les déterminants de la santé. Ce jeu est proposé par nos collègues canadiens à l'adresse suivante : http://www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test_DeterminantsSante_Index.aspx

Le jeu ne dure que quelques minutes. Il consiste pour le participant, après avoir sélectionné son pays dans une liste, à répondre à 25 questions au total portant sur 12 thèmes : enfance, hérédité, instruction, travail, position sociale, discrimination, habitudes de vie, compétences d'adaptation, réseau de soutien, environnement social, environnement physique, services de santé. Les réponses reflètent le jugement que le participant porte sur sa santé personnelle et sur les politiques mises en œuvre dans son pays. À la fin, il obtient son score personnel et celui de son pays (le score de ce dernier est mis à jour suite à ses réponses).

■

Tous les patients ne sont pas égaux devant la santé, les facteurs de risque des maladies pèsent plus lourd suivant le niveau d'éducation des patients, leur insertion sociale et autres déterminants de la santé.

■

Il s'agit donc d'une évaluation subjective, néanmoins relativement fiable pour les pays souvent activés par les participants (191 réponses pour la Belgique au moment de notre test). Évidemment, lorsqu'un pays (la Russie par exemple) n'est cité qu'une fois, il vaudrait mieux ne pas afficher son score, comme c'est le cas pour les pays n'ayant jamais été 'activés'. Donc le 'Grand Jeu de la Santé' a ses limites, mais c'est un outil de sensibilisation plutôt sympa et actif, complété utilement par un dossier explicatif sur les 12 déterminants mesurés par le test.

En master 2, les étudiants sont invités à participer à ce jeu. Quels sont leurs sentiments après avoir joué, après avoir évalué leur propre score ou celui d'un patient d'origine moins favorisée qu'eux ? Voici des extraits du témoignage de deux étudiantes ayant « joué le jeu », complété par un exercice de plaidoyer professionnel en faveur de la promotion de la santé réalisé par la seconde.

Jean Laperche, Maître de conférence invité à la Faculté de Médecine de l'UCL, vice-président de l'asbl PromoSanté et médecine générale, avec **Christian De Bock**

Une approche pertinente de la 'bonne' ou 'mauvaise' santé

« À vous d'évaluer votre espérance de vie ! Comparez-la à l'espérance globale de votre pays ! » me crie l'écran. L'interface infographique est claire, simple et attrayante. En bas s'affichent des cartes colorées qu'accompagnent de croustillantes colonnes de chiffres et de pourcentages...

Me voilà entrée dans le récent domaine de la promotion de la santé. Je lis, je réfléchis. Je réponds, je me pose des questions. Je reste critique : le domaine est politique. Quels sont, pour ce site, les déterminants de la santé ? Suis-je d'accord avec lui ? Quels sont les autres déterminants que je rajouterais ? Quelles sont les solutions que je proposerais pour bonifier les points qui ne me paraissent pas encore au point ?

Alliant publicité persuasive et cause honorable, ce jeu met l'accent sur l'impact de notre environnement, nos habitudes, notre vécu, notre place dans la société... sur notre espérance de vie. De quoi permettre une prise de conscience rapide et efficace des différents paramètres en relation avec notre santé, des paramètres tellement évidents qu'ils passent inaperçus et qui pourraient faire l'objet de recherches en vue de moduler leur incidence (négative ou positive).

La promotion de la santé agit encore plus en amont que la prévention, et est destinée, à la grande surprise de certains, à augmenter notre espérance de vie ! La prévention prévient l'apparition de maladies en réduisant au mieux les facteurs de risque supposés.

Important aussi, la promotion de la santé agit à l'échelle individuelle comme collective. Pour être revendiquée, la santé doit d'abord être enseignée. Vient ensuite la mise en application des mesures optées (des exemples : mise à disposition d'une alimentation saine en milieu scolaire, création de lieux de travail conviviaux, d'espaces aérés dans les quartiers surpeuplés, de groupes de soutien pour des populations en difficulté, etc.).

Cette mise en place est facilitée lorsque chaque membre du groupe apporte son aide au bénéfice de la santé commune. C'est un projet de santé publique. Elle permet la réinstaurer des valeurs d'entraide et soude les groupes humains.

Ce jeu met aussi en évidence des disparités de perception de confort de vie au sein d'un même pays. On remarque cependant une certaine correspondance entre la qualité de vie perçue et l'espérance de vie réelle (en tout cas là où les échantillons sont les plus fiables) argumentant en faveur de l'impact des facteurs en jeu sur la qualité de vie réelle. Nous pourrions même poser l'hypothèse suivante : une qualité de vie meilleure serait un moteur pour le développement et par conséquent, allongerait l'espérance de vie... Les facteurs questionnés me semblent per-

tinents : sommes-nous satisfaits de la façon dont nous sommes instruits puis formés à travailler ? Avons-nous déjà été victime ou témoin de discrimination (non-parité ? Racisme ? Gérontophobie ?) ? Comment évaluons-nous notre cadre de vie, physique, social (amis, famille, copains, couple...) et professionnel ? Nous sentons-nous suffisamment soutenus et valorisés dans notre société ? Comment évaluons-nous nos systèmes de santé et leur accessibilité ?

Je rajouterai un paragraphe sur le sentiment de sécurité que l'on ressent chez soi : est-il très

fort, fort, moyen, faible, nul ? Par ailleurs, je n'ai pas trop saisi la question de l'hérédité, qui selon moi, a comme unique avantage de tester l'estime que l'on a de soi... Mais comment peut-on juger de la qualité des gènes reçus ? Quels sont les « bons gènes », sinon le reflet d'une vision eugéniste de l'être humain ? Ce sont là quelques questionnements que m'a suscité cet apprentissage ludique des déterminants de la santé.

Claire Camas

La santé au Pérou et en Belgique : pas la même chose !

J'ai joué deux fois au Grand Jeu de la Santé. La première fois en tant que « moi » en Belgique, étudiante en médecine, vivant dans un milieu économiquement et socialement privilégié par rapport à beaucoup d'autres personnes de ce pays. La seconde fois, j'ai joué en tant qu'étudiante vivant dans une petite ville des Andes, au Pérou, où j'ai habité pendant 6 mois (je suis péruvienne). Au Pérou, il y a des gens très riches et des gens très pauvres. Le fossé entre les deux est immense. J'ai choisi de répondre aux questions en tant que personne issue de la « classe moyenne », il faut savoir qu'elle est beaucoup plus réduite au Pérou qu'en Belgique. D'un point de vue individuel, j'ai obtenu 77/100 en Belgique et 50/100 au Pérou. En

ce qui concerne le pays, j'ai attribué 68/100 à la Belgique et 41/100 au Pérou, ce qui est proche de la moyenne obtenue par ces pays sur le site du Grand Jeu de la Santé.

Étant donné mon choix de rester « moi » dans les deux situations (même héritage génétique, même niveau d'instruction, même réseau de soutien social, mêmes habitudes de vie...), la différence importante entre les résultats des deux pays est donc principalement due aux conditions de vie, aux politiques et aux possibilités qu'ils offrent à leurs citoyens. Le principal enseignement que je retiens, c'est que pour améliorer la santé générale d'une population, il est nécessaire d'agir prioritairement dans des domaines différents de la

santé : l'éducation, le travail, les conditions de vie... bien que l'accès à des soins de santé de qualité garde toute son importance.

Je ne me rendais pas compte à quel point les autres politiques jouent un rôle essentiel dans la santé de la population. La possibilité de s'instruire, d'éduquer ses enfants, de participer à des activités sociales, de choisir librement un travail nous est donnée en Belgique grâce à des choix politiques d'offrir des allocations de chômage, des congés parentaux, un enseignement (presque) gratuit... Je ne me doutais pas que tout cela avait un tel impact sur la santé.

Muriel Mendez Yopez

Un peu de pédagogie

Autre exercice demandé aux étudiants, à côté du Grand Jeu de la Santé : comment expliqueriez-vous les notions de *promotion de la santé* et de *déterminants de la santé* à votre professeur de neurochirurgie ? Je me lance.

« Monsieur, Dans votre pratique quotidienne vous rencontrez des patients qui ont une souffrance physique et/ou morale, des questions sur

l'origine de cette souffrance et sur l'avenir qu'ils peuvent espérer. En plus de tout cela, ils viennent avec leur histoire, les liens relationnels qu'ils ont tissés autour d'eux, leur situation sociale.

Vous n'êtes pas sans savoir que de nombreux facteurs influencent grandement la santé de la population générale et donc de vos patients : l'enfance, l'hérédité, l'instruction, le

travail, la position sociale, la discrimination, les habitudes de vie, les capacités d'adaptation personnelles, le réseau de soutien, l'environnement social, l'environnement physique et les services de santé.

Ces déterminants mènent à une construction, objective et subjective, de l'image que le patient a de sa santé. Lors de vos consultations, des explications que vous donnez aux

patients, des traitements proposés, il est important d'en tenir compte. Le patient ne voit peut-être pas sa santé de la même manière que vous, il importe de le laisser s'exprimer pour trouver ensemble un chemin négocié pour la suite du processus thérapeutique.

En regardant les déterminants de la santé, vous vous dites peut-être que vous avez peu de marge de manœuvre pour agir sur eux. Vous pensez peut-être que la seule chose que vous pouvez faire est d'éduquer le patient à avoir de « meilleures » habitudes de vie. Il semblerait pourtant que ce ne soit pas une solution efficace : changer les habitudes est un processus difficile, il ne peut pas être imposé ainsi de l'extérieur. Il faudrait, au contraire, après une discussion « d'égal à égal » (mais en gardant vos spécificités de médecin) et en posant la question de la santé dans sa complexité (pas simplement en disant au patient : si vous faites ça, vous allez de nouveau devoir être opéré) arriver à une solution négociée avec le patient. La **promotion de la santé**, via la Charte d'Ottawa, propose des pistes pour agir en tant que soignant sur les déterminants de la santé. Il est possible d'agir sur beaucoup de facteurs (enfance, instruction, travail, discrimination, environnement social et physique, services de



Un des écrans du Grand Jeu de la Santé

santé) en commençant par **interpeller le politique** par rapport aux problèmes de santé que cela amène et pourquoi pas en **intervenant directement sur l'environnement concret pour le rendre plus favorable à la santé**.

Vous pourriez également agir sur le réseau de soutien, l'environnement social, et peut-être grâce à cela sur les capacités d'adaptation personnelles en **renforçant l'action communautaire** : créer des groupes de soutien entre personnes opérées et personnes qui vont subir l'opération, ou bien pour les familles des patients atteints de pathologies neurologiques.

Par rapport au déterminant travail, vous pourriez, dans le même sens, veiller à ce qu'il y ait

des réunions d'équipe dans votre service pour parler des situations difficiles vécues sur le lieu de travail.

En tant que neurologue, vous avez certainement des connaissances en matière de **développement d'aptitudes personnelles** : vous pourriez les partager avec de futurs parents, dans des écoles, des maisons de jeunes, des maisons de repos.

Enfin, la **création de liens** entre les services hospitaliers ayant suivi les patients, mais également avec les institutions extérieures à l'hôpital (centres de réhabilitation, maisons de repos pour les patients plus âgés, ser-

vices d'accompagnement psychologique ou social...) serait bénéfique pour les patients. Bien sûr, vous ne pourrez pas tout faire. Seul, vous ne pourrez pas réduire la pauvreté, les inégalités qui ont un impact négatif sur la santé de vos patients. Ce que vous pouvez néanmoins faire, c'est donner les outils aux patients pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre santé. Cela demande d'abord d'écouter, sans imposer le point de vue biomédical comme l'ultime vérité. C'est une démarche difficile, mais la complexité des facteurs qui déterminent la santé la rend totalement indispensable. »

MMY

Dépistage du cancer colorectal : la voie flamande

Le mois dernier, nous vous présentions un premier bilan du programme généralisé de dépistage du cancer colorectal en Communauté française¹. Les hasards de l'actualité font que le rapport de l'implantation expérimentale du programme flamand dans trois communes de la Province d'Anvers vient de sortir².

La comparaison des deux démarches est très

intéressante, tant les processus mis en place que les résultats obtenus divergent.

Pertinence d'un dépistage organisé

Sur ce point là au moins les avis convergent : au Nord du pays comme au Sud les autorités politiques et les acteurs de santé publique sont convaincus qu'un dépistage recueillant une large adhésion du public cible peut avoir

un effet favorable réel en termes de diminution de la mortalité par cancers de ce type. En outre, ce dépistage offre une excellente fenêtre d'opportunité de 10 à 15 ans, qui permet des interventions efficaces vis-à-vis de lésions précancéreuses ou de cancers débutants.

Pas de généralisation d'emblée

La Communauté française a fait le choix de proposer d'emblée le dépistage à l'ensemble

¹ Voir MATOS DA SILVA D., TAEYMANS B., TREFOIS P., « Dépistage du cancer colorectal : connaissances et perspectives » in Éducation Santé n°268, juin 2011, www.educationsante.be

² Voir HOECK S., VAN ROOSBROEK S., VAN HAL G., « Pilotproject bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker », rapport de 141 pages téléchargeable sur le site www.dikkedarmkanker.be. Rapport publié le 04/05/2011.

de la population francophone âgée de 50 à 74 ans. La Flandre, plus prudente, a préféré tester la faisabilité du programme, pour vérifier l'efficacité du test proposé, valider les procédures, et, c'est bien sûr essentiel, s'assurer de la volonté de participation du public. Les habitants concernés des communes de Schilde, Vosselaar et Borgerhout (toutes trois situées dans la Province d'Anvers) ont été invités à participer au dépistage de février à décembre 2009. Deux modalités de contact ont été retenues, le passage par le médecin généraliste et l'envoi du test à domicile directement par la poste. Un rappel a été fait 6 semaines plus tard selon l'autre modalité en cas de non-réponse (méthode dite de cross-over).

Pas le même test

Du côté francophone, c'est le gFOBT (Hemocult II) qui a été retenu, alors que la Flandre a choisi plutôt le iFOBT, test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles. Les raisons : ce test est simple à utiliser et à analyser, il réagit bien (sensibilité et spécificité), il ne nécessite qu'une prise d'échantillon de la part du patient (au lieu de trois pour celui utilisé en Communauté française), il peut être lu automatiquement, le résultat est donc rapidement connu (communication au médecin et au participant dans les 10 jours). Détail qui

a sans doute son importance : le test gFOBT coûte nettement moins que le iFOBT. Pour le premier, il faut ajouter les frais de personnel analysant les échantillons, et pour le second les frais d'acquisition de l'appareil de lecture³.

Pas les mêmes résultats

Sur un total d'un peu moins de 19.000 individus (après correction) environ 50 % des personnes ont participé à l'expérience, avec un taux d'adhésion nettement plus favorable pour la formule 'postale' (64,3 % contre 24,8 % en passant par le médecin de famille).

Le test s'est avéré positif dans 5,3 % des cas, soit pour 435 personnes, et il y a enregistré d'un suivi pour 372 d'entre elles (85,5 %), avec 318 colonoscopies. 224 polypes ou tumeurs ont été détectés, soit pour 1,2 % des cas.

Évaluation

Une enquête a été réalisée auprès de 3600 personnes, avec un taux de réponse appréciable de 58 % (70 % parmi les participants et quand même 43 % parmi les non-participants). L'invitation par courrier a la faveur de 53 % des répondants, celle par le médecin généraliste de 28 %.

92 % des gens estiment le test facile à réaliser, ce qui est cohérent avec le bon succès de participation de l'expérience.

L'enquête offre aussi des données précieuses

quant aux motifs de non-participation, vu le nombre important de réponses parmi les non-participants. 23 raisons de ne pas faire le dépistage en émergent, les deux plus fréquentes (de loin) étant 'je me sens bien, je n'ai pas de plainte' et 'personne n'a de cancer du côlon dans mon entourage'.

L'enquête a aussi permis d'écarter une fausse bonne idée, à savoir 'profiter' d'un patient atteint d'une tumeur pour inviter ses proches à participer au dépistage.

À noter que cette évaluation quantitative a été complétée par des groupes focalisés.

Conclusion positive

Sur base des résultats de cette expérience, les responsables du programme concluent sans surprise à sa faisabilité et à son 'acceptabilité'. La technique du rappel par cross-over est également jugée pertinente pour améliorer significativement la participation.

L'évaluation permet aussi d'avoir une idée assez précise du budget nécessaire, compte tenu d'une participation de 40 % lorsque le programme sera lancé à grande échelle. Elle permet aussi d'estimer la charge de travail supplémentaire pour les gastro-entérologues qui seront chargés du suivi des patients positifs.

Christian De Bock

³ Dans le rapport qu'il avait consacré à cette problématique fin 2006, le KCE donnait la préférence au gFOBT. Il n'a pas assuré de veille sur ce dossier entre-temps.

La souffrance morale des aînés... Quelle place lui donner ?

« Je ne suis plus bonne à rien »... « Ma vie ne vaut plus la peine »... « J'attends la fin »... Comment rester de marbre, ne pas se sentir interpellé par le poids de ces mots au travers desquels certaines personnes âgées nous communiquent leur souffrance et leur lassitude de vivre ? Que penser ? Que dire ou encore que faire ?

Pour beaucoup, la dépression et le suicide sont des phénomènes touchant principalement les jeunes... Et pourtant ! Ces vécus sont plus fréquents qu'on ne le pense chez les seniors. Ils sont encore trop négligés à l'heure actuelle

en raison d'une banalisation notable de ces symptômes, par peur ou manque de connaissance du phénomène.

Or, les études et la recherche suggèrent une tendance à la hausse des suicides des personnes âgées. À ce titre, le Centre de prévention du suicide souligne que ce sont les personnes âgées de plus de 70 ans qui présentent le taux de suicide le plus élevé. En effet, le risque suicidaire augmente avec l'âge : un premier pic se profile vers 45 ans et le deuxième apparaît à partir de 75 ans. En d'autres

termes, les jeunes tentent plus fréquemment de mettre fin à leurs jours mais ce sont les aînés y arrivent le plus souvent.

Le suicide des personnes âgées perturbe, questionne car fait entrevoir des souffrances négligées, voire occultées... et nous remet en question. Les causes de dépression ou d'idées suicidaires chez les personnes âgées sont complexes mais nous pouvons relever quelques facteurs-clés pouvant être associés à ces vécus : le sentiment de solitude, les pertes au sens large (conjoint, membre

de la famille, emploi, changement du lieu de vie...), la détérioration des conditions de santé telles que l'incapacité permanente ou une maladie chronique, conduisant à la baisse d'estime de soi, au sentiment d'inutilité... Comme le souligne **Alex Geeraerts**, ancien directeur du Centre de prévention du suicide, il arrive qu'à un moment, « *la souffrance face à la vie prenne le dessus* »¹.

Donner la parole et écouter

Dans nos conceptions utopiques d'éternelle jeunesse, « vieillir » est largement connoté négativement. Avancer vers le grand âge est, pour beaucoup, davantage synonyme de déficit, de déclin plutôt que de bien-être,

de bonheur et d'épanouissement... Notre société génère un « apartheid » de la vieillesse. Les plus fragiles sont laissés seuls, avec leurs angoisses, leurs craintes, leur détresse. En outre, on accepte plus aisément la souffrance morale ou le suicide d'une personne âgée que celle d'un jeune. Ces déformations cognitives relèvent l'urgence d'interroger nos conceptions. Travailler nos représentations permettra de favoriser la reconnaissance de ces souffrances en donnant davantage la parole aux aînés et en leur offrant une écoute adéquate, sans jugement, prémisses d'une prévention de qualité.

Aurore Devos, chargée de projet UCP

Pour éclairer le sujet et donner à la fois la parole à des professionnels de terrain et à des aînés, nous vous invitons à une **journée d'étude le vendredi 30 septembre 2011**, organisée par l'UCP, mouvement social des aînés, dans les locaux du Ministère de la Communauté française, Boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Vous trouverez le programme de la journée dans l'agenda en ligne d'Éducation Santé (www.educationsante.be/es/agenda.php?page=agenda&sel=0912). Pour informations complémentaires et inscriptions, contactez le secrétariat fédéral UCP au 02 246 46 73, courriel : ucpmc.be

¹ « *Tenter de partir plus vite* », article du journal En Marche, 18 septembre 2008.

Communication nutritionnelle : n'avalons pas n'importe quoi

Les 27 et 28 mai derniers, la première édition des Journées de nutrition critique avait lieu à l'université de Paris 8 (Saint-Denis), sur le thème 'Nutrition, intérêts économiques et pouvoir politique : quelle éducation critique ?' Le pari était audacieux pour l'organisateur de ces deux journées, **Paul Scheffer**, Président de l'ADNC, l'Association de diététique et nutrition critiques. Son ambition n'était pas mince : contribuer à développer dans le domaine de la nutrition une réelle critique de l'influence du secteur agroalimentaire sur les discours et les connaissances, comme cela existe depuis pas mal de temps déjà dans le domaine de la santé et de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur les pratiques médicales.

« *Il n'existe pas encore à proprement parler de réflexion critique élaborée équivalente pour ce qui touche au rôle de l'industrie agroalimentaire et des dysfonctionnements des institutions régulatrices en matière de nutrition* », affirmait-il d'entrée de jeu avant de céder la parole à un joli panel d'experts ayant fait la preuve de leur indépendance depuis de longues années, en résistant courageusement aux pressions des intérêts économiques, et ce au péril de leur carrière parfois.

Il plaida aussi avec conviction pour une démarche collective de critique du modèle économique dominant, pour l'émergence de l'expertise citoyenne dans les comités d'experts, pour un bon usage de l'arme de la dénormalisation (qui a obtenu d'incontestables succès sur le front antitabac), sans pour autant diaboliser l'industrie, mais en étant quand même le poil à gratter l'empêchant de coloniser trop facilement la santé publique. Bref, un projet remarquable, défendu au long des deux journées par des intervenants souvent de qualité (mais ne cultivant pas spécialement le consensus entre eux !) qui aurait assurément mérité une audience moins confidentielle de quelques dizaines de personnes. Les absents ont eu tort, comme souvent !

Conflits d'intérêts

Il faut dire que ces journées ne pouvaient sans doute pas mieux tomber. La France, encore toute secouée par l'affaire du Mediator, tente de mettre de l'ordre dans ses comités d'experts trop complaisants vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et réviser leur composition. Dans la queue de cette tornade, un autre fait est passé relativement inaperçu du grand pu-

blic : le retrait précipité, en mai, par la Haute autorité de santé (HAS) française, de deux de ses recommandations relatives au traitement médicamenteux du diabète et de la maladie d'Alzheimer qui étaient clairement entachées de conflits d'intérêts.

Ce retrait est dû au Formindep (mouvement 'pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes') qui a obtenu là un succès exceptionnel récompensant un incessant travail de fond mené depuis des années avec des moyens dérisoires. Le **D^r Philippe Foucras**, président du Formindep, a d'ailleurs eu l'honneur (mérité) d'intervenir en dernier avant la clôture du colloque.

Comme évoqué plus haut, l'ADNC s'est donc créée sur l'exemple du Formindep. Et, de fait, quel que soit le bout par lequel on le tirait, le fil rouge du programme ramenait toujours à cette notion – encore si peu admise dans nos mœurs 'latines' – de conflit d'intérêt.

Les exemples ont été légion. Pourquoi l'affichage des contenus en sel des aliments n'est-il toujours pas mieux codifié ? Pourquoi certains additifs alimentaires, même reconnus cancérigènes, sont-ils toujours autorisés ?

Pourquoi l'EFSA (European Food Safety Authority) refuse-t-elle de reprendre l'examen du dossier de l'aspartame malgré les nouvelles données qui jettent sur cette molécule de nouveaux soupçons¹ ? Pourquoi les risques sanitaires liés au Bisphénol-A ont-ils mis tant de temps à être pris en considération et pourquoi s'est-on contenté d'interdire les biberons alors que tant d'emballages en relarguent allègrement dans nos denrées alimentaires usuelles ? Etc, etc.

Mais on a aussi compris que les choses ne sont pas si simples. Où débute un conflit d'intérêt ? Bien sûr, répondre à une question technique, tenir une conférence, voire accepter une invitation à un congrès, ne sont pas nécessairement le signe d'une soumission aveugle aux stratégies de l'industrie. Par contre, siéger au conseil scientifique d'une multinationale ou participer à un *think tank* financé par l'industrie pour développer des concepts et des standards « industry-friendly » (que les agences de régulation adopteront par la suite), c'est déjà nettement plus compromettant !

Mais les conflits d'intérêts ne sont pas seulement financiers et l'expertise n'est pas seulement l'absence de compromission. Être confit

de certitudes, dans un monde où la science évolue à la vitesse où elle évolue aujourd'hui, ne peut plus être considéré comme une attitude scientifique. Or, remettre en cause ses choix, ses croyances ou ses combats exige autant d'humilité que d'ouverture d'esprit. C'est donc un très difficile équilibre que celui qui maintient l'expert sur ses convictions (car il faut un minimum de stabilité) tout en le laissant perméable aux nouvelles idées. Sans pour autant le transformer en girouette : que dirions-nous si nos éminents experts tournaient casaque au moindre souffle de doute ?

■
C'est donc un très difficile équilibre que celui qui maintient l'expert sur ses convictions (car il faut un minimum de stabilité) tout en le laissant perméable aux nouvelles idées.
■

La tâche n'est donc pas facile. Pour les experts, mais pas davantage pour les journalistes santé... Car dans le camp d'en face, chez les lanceurs d'alertes, il y a aussi un sérieux tri

à faire. Face à ces experts qui invoquent sans doute trop facilement une certaine science toute-puissante pour justifier leur inacceptable immobilisme, se dressent des francs-tireurs impertinents, pourfendeurs de lobbies, souvent eux aussi de formation scientifique et dotés d'un redoutable esprit critique... mais également, hélas, des activistes nettement moins crédibles, voire dangereux. Lanceur d'alerte, ce n'est pas une profession protégée ! Et en particulier en matière de nutrition, la cacophonie est volontiers amplifiée par les médias, qui suivent assez servilement tous ceux qui savent les séduire. Or, semer le doute, c'est une des stratégies les plus payantes de l'industrie...

Bref, entre la vieille garde inflexible des scientifiques expérimentés mais dépassés, les esprits critiques précurseurs mais pas toujours prudents, les originaux de tout poil qui récupèrent ce qui leur convient et les journalistes déboussolés qui ne savent plus qui croire... À qui profite tout ce bazar ?

Karin Rondia et **Christian De Bock**, avec l'aide de **David Leloup**

¹ Elle vient quand même d'être priée par la Commission européenne de revoir le dossier aspartame pour 2012 (au lieu de 2020), suite aux pressions d'eurodéputés français.

Les Belges sont conscients des dangers du tabagisme passif

Depuis le 1^{er} juillet 2011, la Belgique est le 20^e pays européen¹ à généraliser l'interdiction de fumer dans le secteur Horeca. La Fondation contre le Cancer a souhaité connaître l'opinion des Belges face à cette nouvelle réglementation et les résultats de son enquête sont éloquentes : ils sont 91 % à être conscients des dangers du tabagisme passif et majoritairement favorables aux cafés sans fumée.

Le tabagisme passif est non seulement inconfortable, mais il peut également mener à de réels problèmes de santé. C'est l'amère expé-

rience vécue notamment par **Jean-Pierre Verbeeke**, non-fumeur, ancien tenancier de café et aujourd'hui atteint d'un cancer : « *Comme ancien tenancier de café, j'ai été pendant longtemps opposé à l'interdiction de fumer. Depuis que mon cancer a été diagnostiqué, bien que je n'aie jamais fumé, je comprends mieux. Je suis maintenant totalement convaincu de l'importance d'une interdiction généralisée de fumer dans l'Horeca. Il ne faut plus me raconter que le tabagisme passif n'est pas si grave* ». Suite à l'introduction de la nouvelle législation sur l'interdiction de fumer dans le secteur

Horeca, la Fondation contre le Cancer a souhaité savoir si le public était conscient des dangers du tabagisme passif et de ses conséquences : cancers, maladies cardio-pulmonaires et affections respiratoires. En effet, la fumée secondaire, libérée par la cigarette en train de se consumer entre chaque bouffée, est particulièrement toxique du fait de sa température moindre de combustion. La recherche a démontré² que le tabagisme passif est une cause de cancer du poumon chez les non-fumeurs, et qu'il est responsable d'un décès toutes les 17 minutes, rien que dans l'Union européenne.

¹ Angleterre, Chypre, Croatie, Écosse, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, Norvège, Slovaquie, Suède, Turquie.

² Selon le Centre International de Recherche contre le Cancer.

Une enquête, commanditée par la Fondation contre le Cancer et financée par le Fond anti-tabac, a été réalisée par l'institut de sondages Dedicated Research. Deux mois avant l'introduction de la nouvelle législation, un échantillon représentatif de la population belge a été interrogé³.

L'enquête a montré que cette dernière est particulièrement favorable aux cafés sans fumée :

- 73 % des personnes interrogées sont favorables à des cafés sans fumée. Ils étaient 65 % en 2010, 61 % en 2007 et 49 % en 2004. Cela montre une nette évolution des mentalités ;
- les jeunes sont majoritairement favorables à l'interdiction de fumer dans les cafés : 78 % des 15-24 ans sont partisans de la nouvelle réglementation. La jeune génération est donc

particulièrement sensible à l'impact du tabagisme dans les lieux publics ;

- presque la moitié des fumeurs (46 %) et la majorité des non-fumeurs (80 %) sont favorables aux cafés sans fumée.

Les dangers du tabagisme passif et les avantages de cafés non-fumeurs sont aujourd'hui connus :

- 91 % des personnes interrogées déclarent être d'accord sur le fait que « le tabagisme passif dans les cafés peut provoquer un cancer du poumon chez ceux qui y travaillent » ;
- 61 % déclarent être d'accord sur le fait que « l'interdiction de fumer dans tous les endroits publics (y compris les cafés) permet de réduire le nombre d'attaques cardiaques ».

Depuis 2007, les restaurants sont non-fumeurs en Belgique et cette réglementation est très appréciée : 96 % des personnes inter-

rogées considèrent qu'il est plus agréable de se rendre dans un restaurant où il est interdit de fumer (ils étaient 84 % à répondre favorablement à cette question en 2007).

Par ailleurs, les pays européens qui appliquent l'interdiction de fumer dans le secteur horeca depuis quelques années constatent que les mentalités continuent à évoluer favorablement : les gens apprécient de plus en plus l'absence de fumée de tabac dans les lieux publics. Ainsi, en 2008 – et selon les chiffres de l'Eurobaromètre – la proportion de personnes en faveur de cafés non-fumeurs variait ainsi entre 80 % et 94 % en Irlande, en Italie et en Suède.

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

³ Soit 4000 personnes, dont 30,4 % ont accepté de répondre aux questions. La sélection a été faite dans les annuaires téléphoniques et 20 % des enquêtes ont été réalisées sur des numéros de portables, sur base de random digital dialing.

10 ans de dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus

L'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP) et l'Agence intermutualiste (AIM), qui analyse les données de santé de toutes les mutualités, viennent de publier un deuxième rapport d'évaluation de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. En chiffres absolus, pour la période 2004-2006, 3,2 millions de frottis ont été remboursés, qui ont été prélevés chez 1,7 million de femmes de 25-64 ans, ce qui correspond à une couverture de 61 %. Parallèlement, 1,1 million de femmes (39 %) de cet âge n'ont pas réalisé de frottis.

Selon une recommandation du Conseil européen de 2003, tous les États membres de l'Union européenne sont invités à organiser un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le frottis du col de l'utérus est recommandé pour toutes les femmes âgées de 25 à 64 ans une fois tous les 3 ans. Une couverture optimale est le principal facteur de succès. Dans l'attente d'un programme de dépistage organisé, ce rapport évalue la couver-

ture du dépistage opportuniste en Belgique et dresse une série de constats intéressants.

Un taux de couverture sans évolution

En 2006, la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus était de 61 %, soit une très faible augmentation de 2,2 % par rapport à 2000. Comme observé lors du rapport précédent, en 1996-2000, les différences régionales sont minimales, les couvertures respectives observées étant de 60 % en Région flamande, 61 % à Bruxelles et 63 % en Région wallonne. Par contre, les différences observées au niveau provincial sont plus importantes : la proportion de femmes effectuant un frottis varie de 51 % (Luxembourg) à 70 % (Brabant wallon).

Une plus faible participation des femmes plus âgées et des femmes issues de milieux défavorisés

Au niveau national, pour les femmes de 25 à 34 ans, la couverture est de 70 %. À partir de

l'âge de 35 ans jusqu'à 49 ans, la couverture diminue progressivement de 67 % à 62 %. À partir de 50 ans, la couverture chute pour atteindre 44 % pour la tranche d'âge 60-64 ans. Le statut social de la femme détermine son attitude face au dépistage. En effet, on observe une importante différence de couverture entre les femmes qui bénéficient ou non d'un remboursement majoré de soins (BIM). Au niveau national, la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus s'élève à 40 % pour les femmes BIM et 64 % pour les non-BIM. Les différences entre les niveaux socio-économiques se retrouvent également à tous les âges et à tous les niveaux géographiques. Surconsommation, surcoût et pourtant participation trop faible

En Belgique, pour la période 2004-2006, 2,8 millions de femmes âgées de 25 à 64 ans auraient dû effectuer un dépistage par frottis. En chiffres absolus, 1,7 million de femmes l'ont réalisé, alors que 1,1 million de femmes n'en ont pas bénéficié. Pourtant, 3,2 millions

de frottis ont été réalisés durant la période 2004-2006. Ce qui signifie que chaque femme examinée a réalisé en moyenne près de 2 (1,9) frottis sur une période de 3 ans. Cet excès de consommation de frottis a été observé dans les trois régions.

Si l'on considère que jusqu'à 20 % des femmes dépistées doivent bénéficier d'un frottis supplémentaire pour assurer leur suivi médical, on peut estimer qu'environ 384.000 frottis par an sont prélevés sans contribuer à la couverture de dépistage ou au suivi. Cela correspond à un montant estimé de 7.9 millions d'euros que l'INAMI rembourse annuellement

pour les prélèvements et l'interprétation de frottis avec une utilité limitée. À ce coût, il faut encore ajouter 4,7 millions pour le dépistage en dehors du groupe cible (moins de 25 ans ou plus de 64 ans). Par ailleurs, la colposcopie – non recommandée comme examen de dépistage mais seulement en cas d'anomalie – est réalisée pour un tiers des frottis.

La non-évolution du taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois régions suggère la nécessité d'un programme organisé. Ce programme devrait s'appuyer sur la collaboration de tous les prestataires concernés pour faire face aux

défis majeurs du contexte actuel de dépistage opportuniste :

- comment convaincre les 39 % de femmes non dépistées de réaliser un frottis tous les trois ans ?
- comment amener les femmes plus âgées et les femmes défavorisées à se faire dépister ?
- comment réduire l'excès de consommation de frottis chez certaines femmes ?

Premier rapport : <http://www.wiv-isp.be/epidemiologie/cervixen/intermut.pdf>

Deuxième rapport : http://www.wiv-isp.be/pdf/report_uterine_cervix.pdf

RÉFLEXIONS

Storytelling : une arme pour le non-marchand ?

Le storytelling, traduisez « art de raconter des histoires », est une technique initialement mise en œuvre par les publicitaires, les politiciens et même les employeurs. De 'belles histoires' nous feraient acheter, voter ou même travailler. L'ouvrage de Christian Salmon fait le point sur le phénomène et celui du Belge François Meuleman propose au secteur non-marchand d'utiliser les mêmes armes, cette fois au service de valeurs... plus nobles.

C'est une histoire qui commence étrangement. Le storytelling serait né d'une dérive. « Cette dérive est intervenue aux États-Unis à partir des années 90 quand la logique du récit a été intensivement investie par les logiques de la communication et du profit » explique **Christian Salmon**, dans un best-seller désormais disponible en format de poche et intitulé « Storytelling, la machine à fabriquer les histoires et à formater les esprits » (Éditions La Découverte). C'est peu dire que le fondateur du Parlement international des écrivains et chercheur au Centre français de recherche sur les arts et le langage annonce la couleur et tire la sonnette d'alarme, puisqu'il faut se rendre à l'évidence... Le storytelling a bel et bien débarqué en Europe.

Marketing

Le storytelling est né dans le champ du marketing. Certains citent **Edward Louis Bernays** (le neveu de Freud) comme l'initiateur du courant. « C'est lui qui a persuadé un mouvement féministe que fumer était un droit pour les femmes » explique **François Meuleman**, un polytechnicien belge, formé à la psychologie et aux sciences commerciales, auteur de « Storytelling, on va tout vous raconter » (Éditions *Edipro*). « Bernays les a baptisées, ces cigarettes, les flambeaux de la liberté. C'est lui aussi qui est parvenu à faire passer la voiture pour un symbole de la virilité. »

■
Pourquoi donc le non-marchand n'offrirait-il pas d'autres modèles d'identification que ceux correspondant à des idéaux sportifs, politiques et commerciaux ?
■

Le terme 'storytelling' est apparu dans les années 90, à un moment où l'époque des logos qu'on identifie s'efface pour faire place à l'identification du consommateur aux marques. Comment est-ce possible ? Par une identification à des personnages et à des histoires créées

par lesdites marques ! On en vient notamment à mythifier les fondateurs des grandes marques. S'adonnant au storytelling, le fabricant d'ordinateurs Apple va par exemple renvoyer à la success-story de l'entreprise et de son charismatique leader, **Steve Jobs**. Son fonds de commerce sera son histoire vue comme un roman d'apprentissage ce qu'il y a de plus exemplaire.

Autre exemple, le whisky Chivas Regal connaîtra un regain de ses ventes avec l'engagement d'ambassadeurs de la marque chargés de colporter l'histoire des frères Chivas en discothèques !

Christian Salmon pointe deux causes à ce revirement. La première : les consommateurs sont de moins en moins fidèles aux marques. La seconde, l'élément déclencheur de l'implantation du storytelling, aurait été la campagne anti-Nike menée suite à la découverte des conditions de travail désastreuses de ceux et de celles qui fabriquaient les fameuses chaussures. La reprise en main de Nike sera une reprise narrative. Le but de l'histoire racontée sera de contrôler les valeurs transmises par la marque et de jouer sur un attachement émotionnel du public. « On ne vend plus un produit, ni même un style de vie, mais un univers narratif », explique Christian Salmon.

Pourquoi ça marche

Depuis l'aube des temps, les hommes se contentent des histoires. Elles ont un pouvoir structurant. Elles sont pourvoyeuses de sens. Le sémiologue français **Roland Barthes** y voyait l'une des grandes catégories de la connaissance. Les héros, les personnages, le suspense, les désirs mis en récit, l'issue du récit, tout cela contribue à la construction de l'imaginaire chez les enfants. Les histoires qu'on nous a racontées, petits, nous ont aussi permis de comprendre le monde. Elles nous ont aidés à nous projeter dans le futur en nous identifiant à autrui. Elles aident à devenir soi en passant par l'identification aux autres. Nous avons des liens affectifs avec ceux qui nous les racontaient.

« Les histoires sont le plus vieux canevas de compréhension de l'être humain », explique François Meuleman. « Jeunes enfants, c'est sous forme d'images et de sons que s'est d'abord exercée notre mémoire. Ce n'est que vers l'âge de six ans, avec l'écrit, que notre système de mémorisation va subir une réforme totale. Avant cela, demandez à un enfant de raconter un moment de la journée, il vous la racontera toute. Il est dans un continuum d'images et de sons. Les premières années dissimulent ce que nous avons vécu de plus fort, les peurs, l'incompréhension, les angoisses, nos premiers succès, nos échecs, nos goûts. Cette boîte noire, c'est l'inconscient, dont on s'accorde à dire qu'il nous guide. »

Ce sont encore les histoires qui offrent une structure à nos rêves, à notre imaginaire, à nos désirs. Elles qui, la nuit, nous permettent de nous défaire des tensions de la veille et de gérer celles du lendemain. On voit combien la réceptivité au mode de communication que constituent les histoires est ancrée... dans notre histoire personnelle.

Univers narratif

Qu'il s'agisse d'images publicitaires uniques, de spots ou de sites internet, les marques n'ont pas leur pareil pour nous entraîner dans l'histoire qu'elles veulent bien nous raconter. Ici, des silhouettes d'enfants se découpent sur des vélos à la tombée de la nuit. « La virée se déroule à l'heure où les enfants devraient être près de leurs parents », commente François Meuleman. « Entre chien et loup, c'est dans l'inconscient l'heure où l'on sort faire des bêtises. Où vont-ils ? Pourquoi fuir ? Où sont-ils ?

Ces questions induisent la construction d'un discours, d'une histoire. »

Autre exemple, la publicité d'une chaîne de fast-food : « Sur une plage, un groupe d'enfants semble être laissé seul avec un clown. Les habits du clown sont visibles mais pourquoi les enfants ont-ils l'air nus ? Que font-ils à la tombée de la nuit sur une plage déserte ? Heureusement, le clown est celui d'une marque bien connue. Ne confions plus nos enfants à d'autres fast foods... » L'auteur relève encore l'image utilisée pour une publicité pour une voiture : « On dirait du sang. La vue du sang n'est pas neutre. Chacun va avoir sa représentation : un accident, une opération, un meurtre, mais la marque dévoile sur son site qu'il s'agissait de pigments de couleurs. De la couleur, c'est donc le plaisir et la créativité... »

Ringard le non-marchand ?

François Meuleman entend outiller le non-marchand des forces du storytelling. Il questionne, non sans provocation : « Pourquoi le non-marchand serait-il plus catholique que le pape ? Pourquoi vit-il à l'ère du pré-marketing ? » Frileux le non-marchand ? Mal-informé ? Les deux sans doute. Et notre homme de se livrer à une description savoureuse d'un contre-exemple, concernant une association que nous vous laissons découvrir dans son livre : « Pas de vision client, la communication est digne d'une administration des années 80 et d'un point de vue ergonomique, le site reste un cas d'école de ce qu'il ne faut pas faire. Lors des foires ou des expositions, la situation est pire encore : à proximité de vieilles tentes, qui sentent tantôt le moisi tantôt le renfermé, on devine les vieilles photographies aux couleurs passées et les photocopies (plastifiées malgré leur piètre qualité) accrochées à une ficelle qui fait office de banderole. Pour vous accueillir, vous découvrirez deux membres de l'association, deux bénévoles qui ressemblent à une mauvaise caricature : les cheveux en bataille, un foulard pro-palestinien noué autour du cou... On en vient à penser qu'ils se sont déguisés, qu'ils ont volontairement emprunté le costume stéréotypé du militant ou de la personne impliquée dans le social. » Dur, drôle et gageons que chacun y reconnaîtra, si pas un peu de soi, un peu voire davantage d'une association voisine ou concurrente...

Quant à ce site consacré à la lutte contre le tabagisme, il ne trouve pas non plus grâce aux yeux de François Meuleman : « C'est laid, les couleurs et les dessins sont d'une naïveté affligeante et le développement a dû être fait par un bénévole qui n'y connaissait rien. Quant au slogan qui dit que si tu fumes près de moi je fume aussi, il est ambigu, il peut être interprété comme un slogan revendicateur genre 'nous les jeunes on fume aussi'. »

François Meuleman est convaincu et assez convaincant : George Bush ou les couches Pampers ne doivent pas être les seuls à maîtriser des techniques efficaces !

Positiver

Pourquoi donc le non-marchand n'offrirait-il pas d'autres modèles d'identification que ceux correspondant à des idéaux sportifs, politiques et commerciaux ? L'identification, on en est loin quand on montre, par exemple, un enfant affamé. Le marketing positif va plutôt miser sur la visibilité du sauveur, du héros. C'est la position d'une association comme Médecins sans frontières, qui ne culpabilise pas, mais en appelle à l'action.

La non-culpabilisation ouvrirait la voie à l'action, lui laisserait champ libre en tout cas. « Pour changer un comportement », explique François Meuleman, « il faut ouvrir un sésame neuronal : l'affectif. La zone de l'action est entourée par la zone de l'émotion. Il ne faut pas vouloir changer un comportement par le négatif. La culpabilisation ou l'interdit se révèlent un échec. »

Bons points aussi pour la communication de l'Unicef qui ne focalise pas la communication sur le problème, mais sur la solution. « Les associations devraient comprendre qu'elles ne sont pas le problème, mais la solution » martèle François Meuleman. Parmi les associations qui ont compris les enjeux d'une approche positive, on citera encore Handicap International : « Elle a osé jouer sur le symbole. Le lacet bleu renvoie à des symboles forts, comme la fraternité, le concept de lien et de vie. »

Les héros sont non seulement les clients ou donateurs potentiels. Ils sont aussi les fondateurs des marques sociales. À y regarder de plus près, le non-marchand pourrait trouver quelques héros à mettre en lumière : « Les marques du non-marchand elles aussi ont une vie et cette vie pourrait nous raconter de belles

histoires porteuses de vraies valeurs et de rêves véritables. » Bien sûr, quelques figures de proue se dégagent : l'abbé Pierre, Sœur Emmanuelle, Coluche avec les Restos du cœur. « *Tout y est, avec Coluche* » pointe François Meuleman, « *le héros, à qui on a reproché de faire de la démagogie, le drame et la reconnaissance.* »

Mais avant de se chercher des héros, les associations sont invitées à un exercice tout simple : soigner la page d'accueil de leur site Internet. La première impression est importante (on l'appelle l'empreinte en marketing). Une association sur quatre débute sa présentation par un historique et une association sur cinq présente d'emblée ses statuts. Utilité de la démarche ? Proche de zéro. « *Ce qui est important* », rappelle François Meuleman, « *c'est l'utopie portée par l'association, les solutions qu'elle apporte et les gens qu'elle aide.* » On recourra donc aux images. Signifiantes s'il vous plaît ! Mais attention à leur usage « sauvage » : « *Le moulu mélangé est la dernière étape de notre relation à la nourriture. C'est une mixture tirant vers les bruns clairs. C'est assez déroutant. Cette description convient assez bien à certaines photos qu'on trouve sur les pages d'institutions ou d'associations. Trop c'est trop, trop d'éléments, trop d'objets ou de personnages, cela manque d'homogénéité ou de sens.* »

Autre conseil aux opérateurs du non-marchand : envahissez le web, utilisez les réseaux sociaux, les blogs, lancez votre newsletter ! Une communication sera multicanal ou ne sera pas efficace.

Voter pour des histoires

Les politiques, on s'en doute bien, ont cédé aux sirènes du storytelling. On peut voir en **Thomas Woodrow Wilson** le précurseur des politiciens storytellers. Thomas Wilson fut élu Président des États-Unis en 1913. Son image de marque était celle d'un pacifiste. Position difficilement tenable au vu de l'actualité mondiale de l'époque. Il a donc développé un discours qui ne lui faisait pas perdre la face. Son contenu : la démocratie est en danger et ce sont les États-Unis qui vont se battre pour elle. C'est pour sauver la démocratie que l'oncle Sam a besoin de vous. Pas mal pour quelqu'un qui avait été réélu en 1916 avec le slogan 'He kept us out of war' ('Il nous a préservé de la guerre')...



Barack Obama n'aurait rien fait d'autre que du storytelling face à une **Hillary Clinton** au discours plus rationnel pour obtenir l'investiture démocrate. En guise d'exemple plus proche de nous, Christian Salmon évoque l'attitude de **Ségolène Royal** et de **Nicolas Sarkozy** lors de la course à la présidence française. L'un comme l'autre ont mis en avant leur histoire familiale, et particulièrement un rapport conflictuel à la figure paternelle (le père pour elle, Chirac pour lui). Histoires personnelles et émotions vont colorer la campagne. « *En termes d'enjeu électoral* », souligne Christian Salmon, « *il sera question des femmes battues, des sans logis, des handicapés. Les candidats se livrent à des discours à forte résonance émotionnelle. Il est plus porteur de parler des victimes que de s'embarquer dans des propos sur la justice sociale.* »

■
**Alors peut-on à la fois résister
 aux histoires et s'en laisser conter
 pour la bonne cause ?
 Le grand écart est-il possible ?**
 ■

Pour conseiller l'UMP, qui trouve-t-on ? Des spécialistes du storytelling du Boston Consulting Group. Retour à la case States avec des

conseillers du même acabit que ceux qui ont lancé un clip gagnant pour **George Bush** lors des élections présidentielles de 2004. Le clip d'une minute a été largement diffusé sur les chaînes locales des neuf états que le parti républicain sentait encore indécis à l'égard de son candidat. On y voit des images d'Ashley, orpheline de mère suite aux attentats du 11 septembre, réconfortée par le candidat républicain, le tout sur fond de commentaires de proches. L'impact du clip aurait, selon les politologues, influé sur les résultats à la présidentielle.

Ce type d'approche s'ancre dans le travail de ces « spin doctors », ces conseillers en communication auxquels **Ronald Reagan** le premier eut recours pour produire des effets d'opinion via des anecdotes, des images et des mises en scène de la vie politique. Une manière de travailler qui aurait manqué aux démocrates en 2004, trop rationnels dans leurs discours. « *Ils énuméraient des thèmes prioritaires* », commente Christian Salmon, « *quand leurs concurrents se créaient des personnages, se positionnaient en figures héroïques, évoquaient des méchants et mobilisaient des émotions comme la peur ou la solitude, le tout en faisant passer des idées contradictoires.* »

En storytelling, de toute évidence, l'homme

politique ne vend pas un programme. Il explique un problème, une catastrophe ou un risque. Il veut persuader qu'il sera le gentil et qu'il nous sauvera des griffes des méchants ou de la menace. Selon François Meuleman, **Jean-Luc Dehaene**, notre premier ministre de l'époque est passé à côté d'un usage judicieux du storytelling au moment de l'affaire Dutroux : « *Il n'a pas su adapter son discours. Il a parlé aux citoyens d'une manière essentiellement structurée. Quelle erreur ! Il aurait dû prendre un nounours et le déposer une larme à l'œil devant la maison de Sars-la-Buissière.* »

Des histoires pour travailler

Si les histoires nous font acheter et voter, pourquoi ne seraient-elles pas capables de nous faire travailler ? Le néo-management saisit rapidement l'intérêt du storytelling. De nombreuses études pointent depuis des années le rôle négatif du silence dans l'organisation des entreprises. Il serait responsable de la majorité des échecs des projets commerciaux.

« *Le silence, c'est celui de l'incompréhension face à un mode d'organisation* », explique

Christian Salmon. « *C'est aussi le silence des conflits non réglés. Le silence se révèle une technique de survie individuelle, exacerbée en cas de difficultés économiques.* »

En entreprise, le storytelling prend la forme d'une injonction à raconter lancée aux travailleurs. Tous les récits ne seront pas valorisés, on l'imagine bien. Certains auront plus de poids : ceux qui permettent de partager des connaissances, des valeurs comme la disponibilité ou l'adaptabilité, ou qui donnent foi dans l'avenir. Parmi les premières entreprises à s'adonner au storytelling : Danone et IBM. L'une comme l'autre vont commencer par partager en interne des histoires édifiantes venues de nombreux centres de production. Le tout pour donner le sentiment d'un vrai travail en réseau et d'une abolition des distances. Autre exemple parlant : celui de Renault, qui, pour faire entrer les « déménagements » de l'entreprise dans les mœurs invite ses employés à raconter la manière dont ils ont vécu un changement de site. « *L'entreprise post-industrielle* », explique Christian Salmon, « *se pense de plus en plus comme une machine à traiter des histoires. Elle recueille des récits, les*

projette à l'extérieur, les stocke dans la mémoire de ses employés. Et bien sûr elle diffuse les bonnes pratiques définies selon ses critères. »

Alors peut-on à la fois résister aux histoires et s'en laisser conter pour la bonne cause ? Le grand écart est-il possible ?

Le défi n'est pas mince, même si nous nous armons de toute notre jugeote et d'ouvrages comme ces deux-ci. D'autant plus que François Meuleman nous livre une mise en garde particulièrement interpellante : « *Quand on est persuadé de comprendre la pub, on baisse les défenses et c'est là que le second niveau touche sa cible. C'est là que le storytelling agit, avec tout ce qu'il active comme pulsions, désirs ou conditionnement.* »

Une histoire qui n'est pas près de se clore donc...

Véronique Janzyk

Une version différente de cet article, 'Des histoires pour convaincre', est parue dans En Marche le 21 avril 2011, illustrée par le même dessin de Serge Dehaes

Droit de réponse

Nous avons publié récemment un texte de réflexions de Martin de Duve, directeur de l'asbl Univers santé, plaidant en faveur de la création d'un Conseil fédéral de la publicité¹. Cet article a suscité un droit de réponse du Conseil de la Publicité asbl. Nous le reproduisons ci-dessous, assorti des commentaires de l'auteur de l'article (en italiques à la fin).

Depuis 2008 (et non 2007 comme mentionné par erreur dans l'article dont question), le Jury d'Éthique Publicitaire (JEP) est composé de façon paritaire, à savoir que la moitié de ses membres provient de la société civile (membres proposés par Test-Achats, membres sélectionnés en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, membres issus du secteur

académique, membre proposé par l'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes, etc.) et que l'autre moitié émane du secteur publicitaire (annonceurs, agences et médias). Il est donc totalement erroné de prétendre, comme dans l'article en question, que dans le JEP, « *les représentants commerciaux du secteur restent majoritaires* » et que « *le conflit d'intérêt est donc flagrant* ». La liste des membres du JEP figure sur le site www.jep.be.

Il convient ensuite d'être exhaustif dans la liste des types de médias relevant du domaine de compétence du JEP, à savoir la presse quotidienne, la presse régionale gratuite, les périodiques, les magazines, la radio, la télévision, le cinéma, l'affichage, l'internet, les e-mailings et le direct mail.

Vu que l'article évoque des questions de santé, il est important de souligner qu'en matière de messages promotionnels portant sur l'alcool, le JEP est compétent pour « *toute communication ayant comme but direct ou indirect de promouvoir la vente des boissons contenant de l'alcool, quel que soit le lieu ou les moyens de communication mis en œuvre* » (article 1 de la Convention en matière de conduite et de publicité des boissons contenant de l'alcool – above et below).

Concernant la Convention précitée, l'article en question affirme erronément que « *de telles mesures concernant la publicité (l'autorégulation, telle la convention réglant la publicité pour l'alcool) ne devraient pas être proposées par le secteur lui-même* ».

¹ Intérêts économiques et santé publique : équation impossible ? Plaidoyer en faveur d'un Conseil fédéral de la publicité, par Martin de Duve, *Éducation Santé* n° 268, juin 2011.

En réalité, cette Convention a été conclue en 2005, sous l'égide du Ministre de la Santé publique, par les acteurs du secteur professionnel concerné d'une part mais également par des associations de consommateurs, à savoir Test-Achats et le CRIOC. C'est le Ministre susmentionné qui a proposé de conférer un cadre légal à cette Convention.

Par ailleurs, il est utile de noter que le JEP, agissant notamment sur la base de plaintes, dispose d'un véritable pouvoir lui permettant de faire modifier ou stopper la diffusion des publicités non conformes aux textes légaux et/ou autodisciplinaires. Les annonceurs respectent en effet volontairement les décisions du JEP dans 98 % des cas. À défaut, le JEP s'adresse aux médias concernés qui arrêtent sur le champ la diffusion des publicités litigieuses. Il s'agit de l'essence même du système autodisciplinaire. Il est également intéressant de relever qu'en cas de récurrence d'un annonceur, le JEP a le pouvoir d'exiger que ce dernier lui soumette sa prochaine campagne avant diffusion.

En outre, il est intéressant de constater que le JEP présente toutes les caractéristiques du « Conseil fédéral de la publicité » faisant l'objet d'un plaidoyer dans l'article en question. Sa procédure est « claire, précise et transparente ». Le JEP fonctionne en effet sur la base d'un règlement disponible sur son site. Les Codes d'éthique qu'il applique et les décisions qu'il rend sont également consultables sur ce site. Il a un « pouvoir réellement contraignant », produit des « résultats effectifs et mesurables » comme expliqué ci-avant. Il est rapide dans la mesure où il traite les dossiers dans un délai moyen de 10 jours. Lorsqu'il n'est pas compétent pour certaines matières, il renvoie, le cas échéant, les plaignants vers des organes tels que le Service médiation et contrôle du SPF Économie, le Conseil supérieur de l'audiovisuel, le Vlaamse Mediaraad, etc. L'intérêt de créer un organe supplémentaire (qui devrait encore faire ses preuves) reste donc pour le moins obscur.

Enfin, on ne peut que souscrire à une affirmation reprise dans l'article, à savoir que « promouvoir des contextes plus favorables à des consommations responsables implique aussi de promouvoir des politiques publiques saines ». Parmi les différents rôles que la publicité joue

dans notre société (fonction économique, émergence d'innovations, financement des médias, rôle d'information), relevons l'opportunité de se mettre au service de la bonne cause au travers des messages d'intérêt général qui n'utilisent pas d'autres codes que ceux de la publicité.

Sandrine Sépul, Directrice du Conseil de la Publicité asbl

Il est évident que le secteur « commercial » et le secteur « associatif », du moins en partie, et ce depuis bien longtemps, ne partagent pas la même vision de la responsabilité, de l'engagement sociétal, de l'intérêt public, de l'éthique, du service à la société, des politiques publiques saines ou encore du conflit d'intérêts... Il est raisonnable de croire que lorsque les intérêts divergent, en général les interprétations divergent aussi.

À lire les réactions autour de ce projet de création d'un Conseil fédéral de la publicité, organe de régulation des pratiques commerciales transparent, aux missions multiples et publiques, ces divergences sont flagrantes, comme en témoigne le droit de réponse de Madame Sépul, au-delà des mises au point ponctuelles qu'elle exprime.

À jouer sur les mots ou les concepts, voici quelques remarques et/ou précisions par rapport à la lecture que le secteur de la publicité a fait de mon texte.

Premièrement, je reconnais volontiers avoir attribué une volonté de 'démocratisation' du Jury d'éthique publicitaire antérieure à ce qui a été effectivement mis en place. Le JEP a modifié sa composition en 2008, en non en 2007 comme je l'indiquais dans mon article. Je lui faisais donc crédit d'une année supplémentaire d'engagement citoyen...

Par ailleurs, concernant l'ensemble des médias sur lesquels le JEP s'octroie la compétence, les interprétations divergent : là où j'entends « presse écrite », le JEP dit « presse quotidienne, presse régionale gratuite, périodiques, magazines », ce qui semble donc exclure de facto certains autres médias écrits ; là où j'évoque « l'Internet », le JEP dit « l'Internet, les e-mailings et le direct mail », voilà qui est peut-être plus précis mais qui n'étend pas pour autant son champ de compétence aux principaux médias « below the line ».

Quant à la convention « Arnoldus », exemple emblématique selon moi de dysfonctionnement de l'autorégulation, il y est fait une interprétation assez naïve de l'engagement des acteurs publics et privés : les associations de consommateurs étaient en effet présentes lors de la signature de cette convention, mais le nombre de signataires du secteur commercial (8) et du secteur de la protection des consommateurs (2) confirme le déséquilibre flagrant que nous dénonçons.

J'invite également le Conseil de la publicité à bien relire notre projet de création d'un Conseil fédéral de la publicité. Ses missions divergent bien de celles du JEP qui se limite à l'autocontrôle de ses membres. Notre projet vise en effet des fonctions plus larges et complémentaires : contrôle public de l'éthique et sanctions lorsque nécessaire, analyse des pratiques commerciales et publicitaires, soutien à l'éducation aux médias. Les caractéristiques de ce Conseil fédéral sont donc bien éloignées des missions d'autocontrôle que le JEP s'octroie aujourd'hui et de l'organe dont il est issu, qui a pour mission principale « la promotion, la valorisation et la défense de la communication publicitaire et de sa liberté, facteur d'expansion économique » tel qu'indiqué dans le premier paragraphe de son règlement.

Je terminerai en soulignant le fossé entre nos points de vue lorsqu'on évoque la nécessité de mise en place de politiques publiques saines. Le JEP y voit l'intérêt de la publicité dans ses fonctions économiques et informatives (rappelons, si c'était nécessaire, que la publicité n'est pas de l'information) et confond publicité commerciale et campagnes de prévention d'intérêt général. Nous rappelons que la publicité se définit comme une action de communication ayant pour but direct ou indirect de promouvoir la vente d'un produit.

Nous laissons le lecteur juge de l'étendue de nos divergences et le laissons bien entendu aussi libre de considérer la préoccupation éthique comme une responsabilité légitime du secteur commercial de la publicité ou comme une responsabilité collective et publique exempte de tout risque de conflit d'intérêt telle que nous l'entendons.

Martin de Duve, Directeur d'Univers santé asbl

Le budget santé de la Communauté française en 2010

Voici comme chaque année un récapitulatif des engagements financiers de la Communauté française en matière de santé l'an dernier.

Les dépenses en 2010

PROGRAMME	NATURE	CONTENU	2010	EN %	EVOLUTION
				DU BUDGET	PAR RAPPORT à 2009
PROGRAMME 0	SUBSISTANCE	FONCTIONNEMENT CONSEIL ET COMMISSIONS, RÉUNIONS, ENQUÊTES...	89.500	0,2	+ 27.800
PROGRAMME 1	INTERVENTIONS DIVERSES	ACCORDS DE COOPÉRATION ET DOTATION À L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE	159.407	0,4	- 18.822
PROGRAMME 2					
	CONTRÔLE MÉDICO-SPORTIF		478.598	1,2	- 22.792
	MISE EN ŒUVRE DU PLAN COMMUNAUTAIRE OPÉRATIONNEL				
		VACCINATION	5.574.000	13,85	- 400.433
		ASSUÉTUDES	1.375.673	3,4	- 23.907
		SIDA	2.215.995	5,5	+ 202.911
		CANCER	1.796.791	4,4	- 341.209
		CARDIO-VASCULAIRE	693.552	1,7	+ 367.402
		TUBERCULOSE	1.361.086	3,4	- 46.914
		TRAUMATISMES ET SÉCURITÉ	220.000	0,5	+ 220.000
		ÉTUDES, RECHERCHES ET PILOTAGE DU PCO	153.272	0,4	+ 6.962
		SUBVENTIONS DIVERSES POUR MISE EN ŒUVRE DU PCO	823.755	2	- 199.624
		SUBVENTIONS AUX POUVOIRS LOCAUX POUR MISE EN ŒUVRE DE PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ	374.638	0,9	+ 374.638
	PROMOTION ET PROTECTION DE LA SANTÉ				
		DÉPENSES DE TOUTE NATURE	397.396	0,9	+ 252.429
		ORGANISMES AGRÉÉS (CLPS ET SCPS)	3.028.666	7,5	- 23.743
		DIVERS PROJETS	730.912	1,8	+ 3.832
		PROGRAMMES LOCAUX	286.639	0,7	- 30.501
		DÉPISTAGE MALADIES MÉTABOLIQUES	850.000	2,1	+ 10.000
		DÉPISTAGE SURDITÉ NÉONATALE	378.000	0,9	+ 13.000
		SUBVENTIONS AUX PROGRAMMES DE TRANSITION PROFESSIONNELLE	0	0	- 13.000
		SUBVENTION À L'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	834.000	2,0	- 52.609
	TOTAL PROGRAMME 2		21.573.513	53,63	+ 57.053
PROGRAMME 3	PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE		18.402.180	45,74	- 748.820
TOTAL GÉNÉRAL			40.224.600	100 %	- 442.860

Grandes tendances

Entre 2009 et 2010, l'enveloppe globale a diminué de 440.000 euros, la perte au niveau PSE (- 750.000) n'étant pas compensée par la nouvelle enveloppe 'pouvoirs locaux' (375.000). Malgré une diminution significative par rapport à 2009 (- 400.000 euros), le poste le plus important, et de loin, est la vaccina-

tion, pour plus d'un quart du total (hors PSE). Cela concerne la gestion de la politique vaccinale de la Communauté française, et aussi (surtout) la participation de la Communauté au coût de l'achat des vaccins. La prévention du sida obtient 10 % en plus, celle du cancer diminue de près de 20 %, celle des maladies cardio-vasculaires double (mais

le montant reste très faible en regard du caractère prioritaire de la problématique), la prévention des traumatismes, qui était en panne en 2009, reprend un peu de couleurs. Les subventions aux pouvoirs locaux sont une nouveauté pour 2010 (nous vous en avons parlé dans le n° 263 de janvier dernier). Forte augmentation des 'dépenses de toute

nature', due essentiellement à la réalisation de l'évaluation des dispositifs de santé de la Communauté française (voir le numéro 269).

Dotations à plus de 100.000 euros

Impossible de citer ici toutes les initiatives, permanentes ou ponctuelles, soutenues par la Communauté française dans le cadre de son budget 'santé'. Par convention, nous avons sélectionné celles dotées de 100.000 euros ou plus. Cela donne une idée des démarches sur lesquelles la Communauté porte un effort particulier. Il s'agit pour la plupart de programmes pluriannuels (2, 3 ou 5 ans).

Financement du 'dispositif permanent'

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

Assuétudes

Observation toxicomanies (Eurotox), Aider les jeunes dans leurs consommations (Citadelle/Canal J), Prévention des conduites à risque (Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi), Programme pluriannuel d'Info-Drogues, Programme pluriannuel de Prospective Jeunesse.

Prévention sida

Une nouveauté : prévention à destination des hommes prostitués (Alias).

Autres initiatives : Espace P, Ex Aequo, Modus

Vivendi, Observatoire du sida et des sexualités, Plate-forme prévention sida, SIREAS (migrants).

Cancer

Dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal, dotation au Registre du cancer.

Cardiovasculaire

L'unique projet de plus de 100.000 euros en 2009, celui de l'asbl Promosanté et médecine générale, est rejoint par d'autres : Coordination Education Santé (glissement d'un poste budgétaire à un autre), Réseau Santé diabète, FARES (prévention tabac à destination des jeunes).

Tuberculose

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

Traumatismes

Nouveau programme de l'asbl Educa-Santé.

Études, recherches, et subventions en relation avec le PCO

Lutte contre les inégalités de santé (Fédération des maisons médicales).

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

Promotion de la santé et inégalités : échange de savoirs (Cultures et Santé).

Médiathèque.

Formations en promotion de la santé (Repères).

Outilthèque santé (UNMS).

Autres

Dans les 'dépenses de toute nature', on retiendra surtout le budget d'évaluation des dispositifs de santé de la Communauté (Perspectives Consulting), d'un montant de 205.000 euros. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées (FUNDP).

Collecte de données (Centre épidémiologie périnatale).

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

Bref commentaire

Le budget a maintenu le cap des 40.000.000 d'euros malgré une légère érosion. Cela semble dérisoire comparé au budget fédéral (de plus de 20 milliards), mais cela témoigne aussi de la capacité réelle de la Communauté française à assurer le financement de nouvelles initiatives, tel le programme de dépistage du cancer colorectal lancé en 2009.

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

OUTILS

SEXcursion (15-18 ans)

Description de l'outil

Matériel

DVD, avec une fiction éducative de 25 minutes, sous-titres en français.

Guide d'accompagnement pour l'intervenant.

Concept

SEXcursion est une trousse d'éducation sexuelle destinée aux professeurs et à tous les interve-

nants qui travaillent auprès des jeunes de secondaire 4 et 5 (Québec).

Objectifs

Approfondir les connaissances entourant la sexualité humaine.

Apprendre à s'accepter et se respecter en tant qu'être sexué.

Réfléchir sur les besoins et les attentes dans la sexualité.

Développer des habiletés relationnelles et affectives.

Exprimer ses valeurs, ses sentiments et ses idées.

Favoriser la tolérance et respecter les différences.

Conseils d'utilisation

Le guide pédagogique fait office de mode d'emploi pour 3 activités (de 60 à 75 minutes

chacune) et oriente l'intervention afin d'atteindre des objectifs d'apprentissage préétablis. Le DVD contient le film (activité 1 de visionnement) et des extraits clés pour les activités 2 (pressions sociosexuelles et authenticité) et 3 (conduites sexuelles responsables et sécuritaires).

Les thèmes abordés : hypersexualisation, séduction et authenticité, stéréotypes et réputation, fausses croyances, performance, ITS et grossesses non désirées, protection sexuelle.

SEXcursion (15-18 ans) est disponible chez l'éditeur :

*Productions Pas de Panique,
4317 rue Jean-Brillant, H3T 1P2 - Montréal,
Québec - Canada. Tél : 514-585-7373.*

Courriel : arielifergan@pasdepanique.ca

Le prix est de 200 euros. Si vous achetez aussi la deuxième trousse SEXcursion (12-15 ans), le prix revient à 350 euros.

Les CLPS suivants peuvent vous prêter cet outil : Brabant wallon, Liège, Luxembourg.

Avis de la Cellule d'experts de PIPSA (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPSA a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil.

Appréciation globale

Cet outil de très bonne qualité professionnelle aborde avec humour un aspect important souvent peu abordé en éducation affective et sexuelle : l'hypersexualisation et la pression à la performance. Grâce à ces thèmes spécifiques, il est complémentaire à une introduction à l'éducation sexuelle et affective. Cette fiction québécoise (sous-titrée en français !) colle au vécu des jeunes et les amène à réfléchir et à débattre sur leurs représentations des relations affectives et de la sexualité, ainsi qu'à se positionner les uns par rapport aux autres.

Très structuré et complet, le manuel pédagogique est soutenant pour l'animateur. Cependant, la durée prévue pour chaque activité paraît quelque peu insuffisante pour per-

mettre l'expression et le débat.

Un seul regret, le prix élevé de l'outil.

Objectifs de l'outil

- Exprimer ses émotions et sentiments face à la représentation de la sexualité.
- Se positionner face aux pressions sociosexuelles susceptibles d'influencer la sexualité.
- Favoriser l'authenticité.
- Réfléchir quant à l'adoption de comportements sexuels responsables (préservatif).

Public cible

15 - 18 ans.

Utilisation conseillée

Connaissance du groupe.

Utilisation dans le cadre d'un projet de promotion de la santé.

L'outil abordant un sujet difficile et personnel, il est indispensable que l'animateur soit expérimenté et au clair avec ses propres valeurs.

BRÈVES

Citation du mois

« Une critique honnête est difficile à entendre, surtout de la part d'un parent, d'un ami, d'une connaissance, ou d'un inconnu. »

Franklin P Jones

Alimentation

Des chercheurs de l'Unité de psychologie sociale de la Faculté des Sciences psychologiques et de l'Éducation de l'ULB ont analysé le lien entre la taille des aliments (des snacks en l'occurrence) et la consommation de nourriture. Ils ont offert en remerciement à deux groupes d'étudiants des bonbons à consommer pendant leur participation à une étude sur ordinateur (faisant office de tâche de distraction) : une assiette de bonbons entiers au premier groupe et une assiette de bonbons coupés en deux au second groupe. La quantité de bonbons était identique dans les deux groupes.

Résultat ? Les étudiants ont tous consommé le même nombre de bonbons, ce qui signifie que ceux du second groupe en ont mangé en réalité

deux fois moins. Ces résultats confirment une autre étude portant sur des biscuits servis à des enfants de première et sixième primaires.

Ils tentent à démontrer qu'une stratégie diététique simple pourrait être de réduire la taille des snacks pour limiter l'apport en calorie des grignotages occasionnels...

D'après un communiqué de l'ULB

Mammotest

Quelques chiffres en Communauté française

Le Programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française vient de publier des données relatives aux 49 277 mammotests réalisés entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2009. Durant cette période, 303 cancers ont été détectés, dont 10 % ont été 'récupérés' grâce à la double lecture.

Les taux de détection, la proportion de cancers invasifs, la proportion de cancers de taille inférieure à 10 mm et celle de cancers avec ganglions négatifs sont conformes aux

recommandations internationales. Par contre, la proportion de mammotests positifs qui nécessitent des examens complémentaires est trop élevée (environ le double).

Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers, rue André Dumont 5 (Axis Parc), 1435 Mont-Saint-Guibert. Tél. : 010 23 82 71. Courriel : mammotest@ccref.org.

Couverture en Belgique

En Belgique, près de 1.300.000 femmes sont concernées par le programme de dépistage du cancer du sein. Sur base des données provenant de tous les organismes assureurs, l'Agence Intermutualiste a analysé les 6 premières années de ce programme et dresse une série de constats intéressants :

- en 6 ans, le taux de couverture globale (via mammotest et/ou mammographie classique) est passé à 61 % (contre 38 % en 1999-2000), dont 30 % dans le cadre du programme de dépistage organisé. 40 % des femmes ne sont toujours pas dépistées efficacement ;

- le programme de dépistage organisé permet de sensibiliser et de recruter de nombreuses femmes qui n'auraient probablement pas bénéficié d'un dépistage dans d'autres circonstances : les femmes les plus âgées et les femmes issues de milieux défavorisés. Néanmoins, la couverture globale des femmes précarisées est toujours inférieure (49 %) à celle du reste de la population (64 %);
- la pratique du dépistage (via mammothest ou via mammographie classique) semble fortement liée aux habitudes de dépistage opportuniste (via mammographie classique) existant avant la mise en œuvre du programme : le dépistage organisé (via mammothest) est surtout répandu en Flandre (44 %) où la mammographie opportuniste était peu répandue, alors que le dépistage opportuniste (via mammographie classique) est plus courant en Wallonie (47 %) et à Bruxelles (44 %), où il s'inscrit dans une tradition bien ancrée.

Afin de développer la promotion du dépistage organisé du cancer du sein, l'AIM insiste sur l'importance de sensibiliser toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans par des actions locales, mises en place de manière coordonnée par différents acteurs (mutualités, Fondation contre le cancer, Régions). Il est aussi essentiel de travailler avec les prestataires de soins en leur apportant l'information nécessaire et suffisante pour ce faire. Il est enfin nécessaire de chercher à mieux comprendre les facteurs de résistance au dépistage (organisé), d'en appréhender les freins et les leviers.

Résumé de l'article 'Dépistage du cancer du sein : évaluation de 6 années de programme organisé', par Anne Remacle et Valérie Fabri, avec l'aide de D' Michiel Callens, MC-Informations 244, juillet 2011. Le texte complet est téléchargeable à l'adresse www.mc.be/fr/135/Resources/Depistage_cancer_sein_tcm183-80261.PDF

Effets sur la mortalité

Le British Medical Journal¹ vient de publier une étude visant à comparer les tendances en matière de mortalité par cancer du sein dans trois paires de pays/régions voisins en Europe, Irlande du Nord vs République d'Irlande, Pays-Bas vs Flandre, Suède vs Norvège, et ce en relation avec la mise en place de programmes organisés de dépistage.

Entre 1989 et 2006, on observe une forte diminution des décès partout. Les paires de pays sont considérées comme équivalentes en matière de services de santé et de prévalence des facteurs de risque, mais différent par la date de démarrage des programmes de dépistage (par exemple, plus de dix ans entre les Pays-Bas et la Flandre). La similarité de l'évolution de la mortalité quelle que soit l'année de mise en place des programmes conduit les auteurs à la conclusion que le dépistage de masse n'a pas joué un rôle direct dans la réduction de la mortalité.

Documentation

L'asbl Cultures & Santé nous propose un dossier sur le concept de plus en plus populaire de 'littératie en santé'. Après une description de ce que recouvre cette notion qui désigne 'les connaissances fondamentales dans le domaine de la lecture et de l'écriture permettant à une personne d'être fonctionnelle en société', le document présente un grand nombre de références bibliographiques pour la plupart directement accessibles en ligne, classées judicieusement : concept et terminologie, alphabétisation et santé, accessibilité à l'info, publics spécifiques, actions et projets, sites Internet).

Ce dossier est téléchargeable (415 K) à l'adresse www.cultures-sante.be/ar/centre_doc.html.

Revue

Contact Santé

Le numéro 232 de 'Contact Santé' consacre un épais dossier aux 'Bienfaits et méfaits de l'activité sportive', joliment intitulé 'L'essence du mouvement'. Il faudrait d'ailleurs plutôt parler de panne d'essence, vu le déclin régulier de la 'stimulation physique' sous nos cieux sédentaires. Le dossier souligne que cette problématique sera plus nettement intégrée dans le nouveau PNNS 2011-2015, et multiplie les approches complémentaires d'experts du Nord-Pas-de-Calais (activités adaptées à tous les âges de la vie, aspects thérapeutiques, de socialisation, culte de la performance, sport en entreprise, dopage...).

Contact Santé n° 232, 5 euros, Groupement régional de promotion de la santé, 235 avenue de la Recherche, CS 50086, 59373 Lille Cedex. Courriel : contactsante.diffusion@grps-npdc.fr. Possibilité de

commande en ligne : www.else revue.fr, rubrique 'Boutique'

Prescrire

Pour sa livraison estivale du mois d'août (n° 334), le mensuel propose un numéro spécial consacré aux affections au quotidien, qui rassemble des inédits et une sélection de textes déjà publiés par la revue. L'idée est de proposer à tous, professionnels de la santé ou non, un socle commun de connaissances utiles dans le domaine des soins courants.

La première partie regroupe des concepts indispensables pour forger des décisions solides : tenir compte de l'évolution naturelle des affections courantes, connaître les éléments constituant un médicament, penser systématiquement aux effets indésirables, etc.

Dans la seconde partie, diverses situations courantes sont analysées, avec leur évolution naturelle, les signes à considérer comme des alertes et les situations particulières, les moyens d'agir, les traitements à retenir pour leur balance bénéfiques-risques acceptable, et les traitements à écarter.

Une façon très concrète de donner à tous les moyens de s'appuyer sur des données fiables, non biaisées par des intérêts commerciaux, pour de meilleurs soins courants dans les limites des compétences de chacun.

La Revue Prescrire 334, Affections du quotidien – Retenir les traitements utiles, sans ou avec médicaments, août 2011, 29 euros. Adresse postale : Prescrire 83 boulevard Voltaire, 75558 Paris cedex 11. Courriel : contact@prescrire.org.

Agenda internet

Depuis le début 2011, il n'y a quasi plus d'annonce d'événements dans cette rubrique. La raison : l'agenda se trouve maintenant exclusivement sur notre site www.educationsante.be. Avantage : la souplesse de mise à jour, qui est hebdomadaire. Cela signifie aussi que lorsque vous nous envoyez une info, vous ne devez plus nous prévenir plusieurs semaines à l'avance.

¹ Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment : trend analysis of WHO mortality database, Philippe Autier, Mathieu Boniol, Anna Gavin, Lars J Vatten, BMJ 2011 ;343 :d4411

Une rentrée intéressante

Ce n'est pas le cas chaque année : en cette rentrée 2011, notre pays, notre communauté, notre secteur vont avoir à relever des défis sérieux, vont vivre des moments assurément difficiles, mais aussi passionnants. Cela ne va pas sans angoisses face à de si nombreuses incertitudes, mais c'est aussi une opportunité pour renouveler en partie notre approche politique, institutionnelle, organisationnelle de la prévention. C'est enfin un contexte dont certains acteurs de la promotion de la santé entendent profiter au mieux pour structurer la voix des travailleurs du secteur, voix à peu près inaudible jusqu'ici.

La crise interminable que vit la Belgique depuis plusieurs années et qui a pris un tour encore plus désastreux après les élections fédérales de 2010 va-t-elle se dénouer ? Si c'est le cas, avec quel impact pour la 'santé', préoccupation première de nos compatriotes qui fait l'objet d'un saucissonnage très peu lisible entre multiples niveaux de pouvoir ? Les Communautés et Régions vont-elles hériter de nouvelles compétences, et, surtout, des moyens de les exercer au mieux des intérêts de la population ?

Dans ce contexte institutionnel instable et brouillé, quel sera le sort de la promotion de la santé et de la médecine préventive après la réforme profonde annoncée pour 2012 ? L'évaluation commandée par la Ministre **Laanan** est sévère, exagérément peut-être, quand on compare ce 'bulletin' médiocre¹ à la réputation flatteuse de notre Communauté dans l'espace francophone international. Espérons que le décret en préparation sera construit en bonne intelligence avec le secteur et ses experts, ce qui n'a pas vraiment été le cas de l'évaluation...

Ce numéro fait état de la dynamique 'professionnelle' lancée à Namur début juillet, le début des vacances n'ayant pas freiné l'enthousiasme de plusieurs dizaines de personnes désireuses de jeter les bases d'une représentation professionnelle des acteurs de la promotion de la santé francophone. Une initiative réellement enthousiasmante, et qui vient à son heure comme vous l'indiquent les lignes précédentes.

D'autres enjeux nous attendent encore, dont deux en particulier me semblent mériter notre attention : le premier est porteur d'espoir, il s'agit du pacte associatif apportant une reconnaissance renforcée par l'autorité publique de l'apport fondamental et de l'extraordinaire richesse du tissu associatif pour notre Communauté ; le second est nettement moins exaltant, il s'agit de l'imposition des règles internationales de la concurrence commerciale au secteur non-marchand, lame de fond à laquelle la promotion de la santé n'échappera sans doute pas, sans guère de bénéfice pour la santé des gens. Puisqu'il paraît que l'implication de plus en plus forte du secteur privé dans le domaine de l'action sociale (au sens large) est irréversible, espérons au moins que cela fera l'objet d'un encadrement strict par les pouvoirs publics et d'un contrôle non moins sérieux par les usagers et l'associatif. En somme, l'année sociale qui démarre risque de faire mal, peut-être, mais sera tout sauf ennuyeuse ! Nous ne manquerons pas de points d'attention pour nos prochaines éditions...

Christian De Bock, rédacteur en chef,
le 16/8/2011

¹ Voir l'article de Colette Barbier 'Évaluation des dispositifs de santé en Communauté française : constats et recommandations', *Éducation Santé* n° 269, juillet 2011, p. 13 à 15.

Initiatives

- La première réunion du Collectif des acteurs de la promotion de la santé : joli succès, par *Christian De Bock*, avec *Flavia Massa*, *Yves Gosselain* et *Chantal Vandoorne* 2
- La promotion de la santé : intéressante pour de futurs médecins ? par *Jean Laperche*, *Christian De Bock*, *Claire Camas* et *Muriel Mendez Yopez* 3
- Dépistage du cancer colorectal : la voie flamande, par *Christian De Bock* 6
- La souffrance morale des aînés, quelle place lui donner ? par *Aurore Devos* 7
- Communication nutritionnelle, n'avalons pas n'importe quoi, par *Karin Rondia* et *Christian De Bock*, avec *David Leloup* 8
- Les Belges sont conscients des dangers du tabagisme passif, par *Christian De Bock* 9
- 10 ans de dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus 10

Réflexions

- Storytelling : une arme pour le non-marchand ?, par *Véronique Janzyk* 11
- Droit de réponse, par *Sandrine Sépul*, commentaires de *Martin de Duve* 15

Stratégie

- Le budget santé 2010 de la Communauté française, par *Christian De Bock* avec *Didier Lebailly* 16

Outils

- SEXcursion (15 - 18 ans) 17

Brèves

18



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 : Claire Camas, Martin de Duve, Aurore Devos, Yves Gosselain, Véronique Janzyk, Jean Laperche, David Leloup, Flavia Massa, Muriel Mendez Yopez, Karin Rondia, Sandrine Sepul, Chantal Vandoorne.

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

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, 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).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens,

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 : 1.700 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.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site 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.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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