

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 431 / AVRIL 2026



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



**Mésusage
de l'alcool:**
l'initiative namuroise fait
des émules en Wallonie

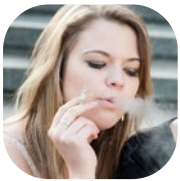
Sommaire



3

INITIATIVES Mésusage de l'alcool:

l'initiative namuroise fait
des émules en Wallonie



7

INITIATIVES Addictions:

Gembloux expérimente
le modèle de prévention
islandais



10

RÉFLEXIONS Les coulisses d'ARCAD-W:

l'enquête d'Eurotox
sur l'usage de l'alcool
et des drogues en Wallonie



12

RÉFLEXIONS IA et santé: poser les balises de l'équité



14

OUTIL L'enjeu du partage des savoirs en promotion de la santé



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

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur:  [facebook.com/revueeducationsante](https://www.facebook.com/revueeducationsante)

 [linkedin.com/company/education-sante](https://www.linkedin.com/company/education-sante)

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION**: Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Clotilde de Gastines, Julie Luong. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhaege, Marie Lennerts. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT**: Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Tania Antonioli, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Georges Gilkinet, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: [educationsante.be](https://www.educationsante.be). **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [educationsante.be](https://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme [promosante.net](https://www.promosante.net). Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

Mésusage de l'alcool: l'initiative namuroise fait des émules en Wallonie

En 2025, Tournée Minérale® avait pris un virage promotion santé en province de Namur. En 2026, l'initiative a poussé les curseurs et s'est étendue à la Wallonie. Les partenaires préparent déjà l'édition 2027 et certains espèrent pouvoir parler d'alcool tout au long de l'année.

INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES



« En hôpital général, on se préoccupe souvent trop tard de la consommation d'alcool, quand elle a déjà un impact toxique sur sa santé, et que l'abstinence est la seule alternative, explique Pierre Patigny, psychologue et alcoologue au CHU-UCL de Namur. A contrario les démarches de prévention et de promotion de la santé partent du principe que toute réduction de la consommation d'alcool est bonne pour la santé – « c'est déjà plus sympa d'aborder la question comme ça. Mais ça implique d'en parler plus tôt et d'en parler différemment » ajoute le praticien.

Pour outiller les professionnel·les du social et de la santé et s'adapter aux besoins des personnes qui consomment, un groupe de travail actif en province de Namur sur la question du mésusage de l'alcool a eu l'idée de se greffer sur

Tournée minérale® l'année dernière. (lire notre article paru en février 2025 Risque alcool: la première ligne namuroise se forme au repérage précoce – Éducation Santé).

« Le GT de la province de Namur a vraiment été à l'initiative de lancer cette campagne sur le Mésusage, constate Anne-Charlotte Baar d'Univers Santé, l'asbl porteuse de Tournée Minérale®. L'alcool est un sujet un peu complexe à aborder pour les professionnels de santé. Ils n'osent pas toujours amener la question en consultation ou en officine. Prescrire la tournée minérale permet aussi de faire un screening des patients et y revenir si besoin plus tard dans l'année ».

La campagne TM® « joue vraiment le rôle de locomotive », s'enthousiasme Geneviève Aubouy du Centre d'Éducation du Patient (CEP), qui participe au GT Mésusage de l'alcool du Namurois. Et c'est finalement un échange de bon procédé car les professionnel·les de la première ligne contribuent ainsi à en démultiplier la portée durant tout le mois de février.

Lever les réticences des soignants

Dépister la consommation d'alcool ne coule pas toujours de source et n'est pas non plus un long fleuve tranquille. Le projet est en incubation depuis 5 ans maintenant. La mobilisation a démarré en décembre 2021 au CHU-UCL de Namur. Pierre Patigny participe alors à la création d'un groupe alcool pour améliorer les compétences des soignant·es grâce à des financements du SPF Santé publique.

« On a d'abord systématisé le dépistage au moment de l'enregistrement des patients, avant de constater que dépister trop vite par questionnaire auto-rapporté était inefficace. Dès qu'un patient consommait, on appelait l'addictologue; cela mettait tout le monde mal à l'aise », se souvient-il. Le sujet de l'alcool est tellement tabou, que les soignants n'osaient même pas venir aux formations

dédiées – « sans doute de peur de se voir étiqueté "réfèrent alcool" », alors qu'ils étaient plus de 700 à suivre de manière anonyme les modules d'e-learning sur le sujet, signe d'un intérêt certain.

Le paradigme médical qui passe par le dépistage, l'objectivation de la consommation et la proposition de sevrage, génère des réticences chez les soignants – sauf chez certains spécialistes comme les anesthésistes qui ont l'obligation de poser la question, en raison des risques opératoires.

Les pharmaciens ont la même habitude, confirme Carl Moëns de l'association des pharmaciens Namur-Luxembourg (APNL), qui participe au GT Mésusage. « En pharmacie, au moment de remettre des anxiolytiques, des somnifères ou des anti-douleurs, on précise toujours que le mélange avec l'alcool augmente les risques de somnolence, en particulier au volant. Si on voit que la personne réagit, on peut lui proposer un échange dans un coin de confidentialité. Le but n'est pas de fustiger, ni de porter un jugement sur les personnes et leur consommation. On attire l'attention et on conscientise sur la quantité ». L'OMS recommande de ne pas consommer plus de deux unités d'alcool par jour et pas plus de 10 par semaine.

Sans ces explications sur le risque immédiat « le patient se ferme, car il craint d'être jugé, d'être considéré comme un alcoolique et que ce soit noté dans son dossier médical, précise Pierre Patigny. Les autres soignants se disent : je n'ai que le sevrage à proposer, mais 80 % des patients hospitalisés pour addiction rechutent dans le mois. Ils ressentent donc un fort sentiment d'impuissance ».

Changer d'optique avec la promotion santé

Devant ce constat d'échec relatif, le groupe alcool du CHU a proposé de s'appuyer sur les grilles de lecture de prévention et de promotion de la santé utilisées hors du CHU par des acteurs spécialisés, notamment le CEP et le CLPS. L'enjeu est de sensibiliser le patient tout en lui montrant qu'il ne sera pas jugé. Cela consiste à poser des questions d'ordre « motivationnel » du type : « Est-ce que vous avez l'impression que votre consommation est problématique ? », décrit Pierre Patigny, avant d'objectiver plus tard avec un questionnement plus poussé : « Est-ce que vous seriez intéressé de diminuer ? » « Votre consommation vous convient-elle ? » « Qu'auriez-vous à gagner à réduire ? ».

En ouvrant ce dialogue, le professionnel a la possibilité de proposer autre chose que le sevrage et de s'adapter au projet du patient : « Comment souhaite-t-il améliorer sa qualité de vie, que ce soit pour avoir plus d'énergie, de temps, d'argent, améliorer ou réparer ses liens sociaux ? »

Un réseau de partenaires étoffé

En 2025, le CLPS de Namur devenu pilote du GT Mésusage et ses partenaires (le CEP, PsyNam, le dispositif alcool du CHU UCL Namur, l'APNL et Hennialux) ont eu l'idée d'utiliser le cadre de Tournée Minérale® pour mener des actions auprès des professionnels du soin et du social. L'année 2025 a aussi été marquée par la participation des addictologues du Réseau Alto sollicité pour organiser deux séances de sensibilisation sur le thème : « alcool, parlons-en ».

ALCOOL... DE QUOI PARLE-T-ON ?

Une boisson alcoolisée est une boisson qui contient de l'éthanol.

Vin, bière, alcopop, champagne, porto, whisky... sont toutes des boissons alcoolisées.

Les repères de consommation

Dans mon verre...

Un « verre standard » contient 10 g d'alcool pur.



**10 g
d'alcool pur
=
1 unité**

Bien qu'elle se déroule dans le cadre de la Tournée Minérale®, et du défi « zéro alcool » pendant un mois, « la campagne Mésusage a l'avantage de partir de la réalité des gens en parlant de mésusage et pas d'abstinence, ni de dépendance », précise Geneviève Aubouy. Lors de la présentation des outils qui permettent d'objectiver la consommation d'alcool, certains praticiens ont tendance à dire que « tous leurs patients boivent », ou « sont alcooliques », relate Marie Nihoul, chargée de projet au CEP. « On prend le temps d'expliquer que les personnes dépendantes et alcooliques représentent seulement 5 % de la population. Ce sont des personnes malades pour qui l'abstinence est dangereuse, ils risquent la mort. Avec le projet Mésusage on vise tous les autres qui ne sont pas en situation d'assuétudes, pour travailler en prévention, en amont », ajoute-t-elle.

En 2025, le CLPS de Namur avait distribué des kits d'outils « tous azimuts ». « Chaque personne intéressée pouvait venir le retirer au CLPS. Un système assez éreintant en termes de logistique » se souvient Florence Poukens du CLPS de Namur. Cette année, le GT Mésusage a amélioré le système de distribution et l'a accompagné de temps de présentation de chaque outil et d'appropriation sous forme de stand.

Le kit donne des clés

Cette année, le kit contenait des goodies de la Tournée Minérale®, qui sont un moyen très concret pour engager le dialogue en consultation, ou à l'officine :

- ▶ le badge Tournée minérale® qui peut déclencher des témoignages spontanés
- ▶ l'affiche Tournée Minérale® avec le slogan « En février, je teste ma relation à l'alcool ! »

Il proposait aussi des outils du CEP :

- ▶ la fiche d'information qui décrit les unités d'alcool au recto, et propose un questionnaire « je me teste » au verso ;
- ▶ le gobelet doseur : un support pédagogique et un outil d'animation. Il est gradué pour montrer les quantités correspondant à 1 unité d'alcool pur (soit 10 g), selon le type de boisson. Il aide à parler de l'alcool autrement, de façon simple, concrète et visuelle. Il s'accompagne d'une fiche-outil qui présente des pistes d'utilisation ;
- ▶ la réglette alcool, qui se glisse dans le portefeuille. Elle permet d'estimer le taux d'alcool dans l'air expiré en fonction de différents facteurs : sexe, poids, nombre de verres (unités d'alcool) consommés, ainsi que le temps d'élimination de l'alcool en fonction du nombre de verres consommés.

Les outils du CEP et leur fiches descriptives sont disponibles sur le site : educationdupatient.be > rubrique « Outils » – « (més)usage de l'alcool ».



Atelier Mésusage à Philippeville

Un kit qui ne veut pas faire tapisserie

« On ne voulait pas que les éléments du kit servent de déco dans les salles d'attente des consultations ! », s'exclame Florence Poukens. Une préoccupation partagée par tous les membres du GT. « Ce n'est pas tout de faire un kit, il faut vraiment savoir comment le prendre en main pour faire vivre le sujet de l'alcool tout au long de l'année lors des ateliers de sensibilisation pour le public, et les ateliers de transmission pour les professionnels », confirme Floriane Léonard, chargée de communication chez Psynam.

Au total 420 kits ont pu être distribués en amont de la Tournée Minérale® (dont 250 en pharmacie dans les réseaux APNL et Ophaco) au cours de 4 rendez-vous : au CHU de Dinant, au CLPS de Namur, chez PsyNam et à Philippeville. « On était très accessibles – si aucune des 4 dates ne convenait, le CLPS faisait en sorte de trouver un moment ou un relais », précise Florence Poukens.

« Au stand, on organisait une petite animation, relate Marie Nihoul. On invitait les professionnels à se servir un verre de vin, et le plus souvent, cela correspond à 13 mL, au lieu de 10 mL, si bien que deux verres de vin dans une soirée, cela correspond plutôt à 3 unités d'alcool, au-dessus des recommandations de l'OMS. Parler unités, c'est permettre une prise de conscience personnelle des professionnels. Une fois qu'on a soi-même objectivé sa propre consommation, on est plus à même d'en parler avec ses patients ».

Divers professionnels ont ainsi pu découvrir les outils : une assistante sociale qui fait de la médiation de dette était intéressée par la réglette, car elle reçoit parfois des usagers qui ont consommé et sont désorientés. Au CLPS de Namur, les professionnels s'attendaient à une présentation. Marie Nihoul a donc improvisé un moment de formation et un temps de question-réponse.



Chez PsyNam, une psychologue semblait sceptique sur le temps qu'elle serait capable de consacrer à la question. « *On lui a proposé de formuler des conseils tout simples : mieux s'hydrater entre chaque verre d'alcool, boire le week-end, pas en semaine, boire un verre, pas deux* », précise Floriane Léonard, qui décrit une profession « *assez preneuse de travailler la promotion de la santé, car elle perçoit la consommation d'alcool comme une béquille pour la santé mentale* ». Les médecins généralistes ont été contacté par le biais des maisons médicales et du réseau multidisciplinaire local (RML)¹.

Capitaliser sur l'expérience namuroise

En 2026, Univers Santé, le Réseau Alto² et certains CLPS se sont organisés pour reproduire l'expérience namuroise dans les autres provinces. « *Ça s'est fait de manière assez instinctive*, explique Lindsay Hooghe, la coordinatrice du Réseau Alto. *Le réseau participe à la Tournée Minérale depuis deux ans et se teste sur la méthodologie à adapter. Nous avons contacté les partenaires dans les provinces pour ne pas faire doublon et intervenir en fonction des disponibilités et des énergies* ».

Le réseau Alto et Univers Santé ont pu organiser cinq moments de formations pour 186 personnes : médecins, pharmaciens et psychologues à Liège, Wavre, Nivelles, Bastogne, Frameries. Au total 1 760 kits ont été distribué, en comptant les dépôts en pharmacie, en maison médicale, dans les CLPS et en entreprise (notamment chez des industriels de la Défense et de l'armement).

Le kit était le même à peu de chose près, avec l'effectomètre d'Univers Santé, l'argumentaire du groupe « jeune alcool et société », et dans le BW, une fiche sur les interactions entre alcool et médicaments rédigée à l'initiative d'une pharmacienne.

Pour 2027, la volonté des acteurs est d'anticiper et d'intervenir de manière cohérente partout. La première réunion au sein du GT mésusage a eu lieu début mars, et les parties prenantes se revoient en mai. Les 5 structures qui agissent à l'échelle de la Région wallonne prévoient de se concerter : Univers Santé, l'inter-CLPS, le CEP, l'APNL et le réseau Alto. Ils souhaiteraient permettre aux partenaires locaux et aux réseaux Assuétudes de chaque zone de s'adapter à l'ancrage local et contextuel. « *En addictologie, la réalité est assez morcelée, les territoires ne sont pas égaux en termes de population, de consommation et d'accès aux services spécialisés, c'est essentiel de calibrer les interventions en fonction des besoins* » conclut Lindsay Hooghe.

Rendez-vous donc en 2027, pour voir comment sera programmée la piqûre de rappel Tournée Minérale® et un premier bilan de l'utilisation des kits tout au long de l'année.



Le GT Mésusage du Namurois est joignable sur l'adresse mail : florence.poukens@clpsnamur.be

¹ Le RML a pris le relais du réseau des généralistes namurois (qui a quitté le GT en 2025)

² Alto est un réseau de prestataires de soins de première ligne travaillant en Belgique francophone, dont les membres accompagnent des personnes présentant des troubles liés à l'usage de produits réels ou virtuels, licites ou illicites, dans leur milieu (familial, social, économique, culturel...).

Addictions :

Gembloux expérimente le modèle de prévention islandais

INITIATIVES

Développé au milieu des années 90, le modèle de prévention islandais (MPI) a permis de réduire drastiquement la consommation de substances addictives chez les adolescents. Sous la houlette de l'asbl Infor Drogues & Addictions, soutenue par l'AVIQ et accompagnée par Planet Youth, il va être implémenté pour la première fois en Belgique francophone, dans la commune de Gembloux. Avec pour objectif de réduire non seulement les consommations, mais aussi d'augmenter le bien-être global des jeunes.

► JULIE LUONG

L'Islande, pays insulaire et peu peuplé (387 000 habitants), terre de fjords et d'aurores boréales, a détenu dans les années 90 un triste record en matière de consommation de substances addictives chez les adolescents. Prenant acte de l'inefficacité des méthodes traditionnelles de réduction des consommations (campagnes de sensibilisation, informations sur les dangers des substances...), le gouvernement décide à cette époque de mettre en œuvre un dispositif global fondé sur les théories du psychologue américain Harvey Milkman, chargé de cours à l'université de Reykjavik et spécialiste des « théories de la déviance » développées en sociologie et criminologie. Le postulat est simple : ce sont les facteurs sociaux et environnementaux qui déterminent en grande partie les comportements, loin devant les caractéristiques strictement individuelles.

Facteurs protecteurs

Un questionnaire est d'abord soumis aux écoliers de 13 à 16 ans, au sujet de leurs expériences avec l'alcool et la cigarette, mais aussi de leurs relations avec leurs parents, leurs activités sportives, etc. L'analyse des réponses permet alors l'identification de plusieurs facteurs protecteurs : les activités sportives trois à quatre fois par semaine, un temps suffisamment long passé avec les parents pendant la semaine, le sentiment d'être considéré à l'école, et le fait ne pas être dehors tard le soir. La réforme islandaise

décide alors de renforcer l'approche communautaire, en agissant à la fois sur l'environnement familial, les pairs, les loisirs et l'environnement scolaire – ces quatre milieux de vie formant ce que le MPI (Modèle de Prévention Islandais) nomme « communauté locale ».

Le MPI encourage l'implication parentale et implique de faciliter d'accès aux activités culturelles et sportives, pour éviter que les jeunes soient livrés à eux-mêmes, en proie à l'ennui ou au désœuvrement. Par ailleurs, il instaure un couvre-feu pour les mineurs de 13 à 16 ans, à partir de 22 h en hiver et de minuit en été. Dans la foulée, la vente de





tabac est interdite aux moins de 18 ans et celle d'alcool aux moins de 20 ans. Toute publicité pour ces substances est également bannie. En une décennie, l'Islande devient le meilleur élève de la classe au niveau européen : alors que son taux de fumeurs quotidiens entre 14 et 16 ans était de 23 % en 1995, il passera à 12 % en 2006. De même, le nombre de jeunes entre 14 et 16 ans ayant expérimenté l'état d'ivresse dans le mois précédent passe de 46 % en 1995 à 25 % en 2006.¹

Pour donner de l'ampleur à ce succès, l'Institut Islandais de Recherches Sociales (ICSRA) de Reykjavik a créé Planet Youth, un cabinet de consultance qui propose un accompagnement à la mise en œuvre du modèle. À ce jour, des dizaines de pays, dont l'Espagne, les États-Unis, le Canada, la Suède, la Roumanie, l'Allemagne ou encore les Pays-Bas ont dupliqué tout ou partie du modèle... Généralement, l'implémentation s'est limitée à un échelon local ou régional, ce qui exclut certaines mesures plus globales comme les interdictions en matière de publicité par exemple, mais correspond à la densité de population concernée par le MPI.

Des jeunes qui vont bien

Aujourd'hui, ce modèle de prévention islandais va être expérimenté pour la première fois en Belgique francophone, dans la commune de Gembloux. C'est Infor Drogues & Addictions, devenu officiellement un « PlanetYouth partner » qui est aux commandes. Le projet est financé dans le cadre d'un appel à extension d'agrément de l'AVIQ « Mieux savoir pour mieux choisir » (lancé en juin 2025) qui vise à renforcer la littératie en santé des jeunes concernant la consommation d'alcool (lire notre encadré p.9). « *Le MPI correspond à la vision d'Infor Drogues qui entend se focaliser non pas*

sur les produits et les personnes qui consomment, mais plutôt sur les milieux de vie et les motivations qui amènent à consommer », explique Mary Stevens, chargée de projet chez Infor Drogues & Addictions.

Lancée en mars 2026, la récolte de données se fera auprès d'élèves de 3^e secondaire des trois écoles de l'arrondissement – le Collège Saint-Guibert, l'Athénée Royal et l'Institut Technique Horticole – mais aussi d'une AMO (Aide en Milieu Ouvert), Imagin'AMO. « *Avec ces différents établissements, nous couvrons une diversité de filières et donc de profils, y compris les jeunes qui sont déscolarisés, poursuit Mary Stevens.*

Une partie du questionnaire porte sur les consommations avec un focus sur l'alcool, puisque c'est l'objet de l'appel à projet, mais aussi sur la cigarette, la puff, le cannabis, de même que l'addiction aux réseaux numériques. L'objectif, c'est donc d'avoir une collecte de données locales actuelles qui nous permettra vraiment de partir des besoins et des attentes des jeunes eux-mêmes. »

Les résultats devraient être connus pour la fin de l'année scolaire. Avec le soutien de la commune, l'objectif sera ensuite de parvenir à mobiliser les communautés en lien avec les quatre milieux de vie identifiés dans le MPI. « *Le but est d'analyser ces résultats tous ensemble et de ne pas être dans une organisation top down. Nous sommes là pour soutenir et impulser les actions, mais c'est aux communautés – école, famille, extrascolaires, pairs – de définir les objectifs, précise Mary Stevens. Et pour le moment, toutes les personnes à qui l'on présente le projet semblent très motivées... C'est très enthousiasmant pour les adultes de se dire que le focus est sur le bien-être général du jeune, pour que leur jeune aille tout simplement bien.* »

Un projet à long terme

Le MPI devrait ainsi permettre de se décentrer de la question du produit, qui fait souvent écran aux problèmes sous-jacents. « *Pour nous, ce n'est pas le fait de consommer qui est le problème, rappelle Mary Stevens, car si on enlève la cigarette ou le cannabis, le problème est toujours là. La consommation vient en réalité remplir différentes fonctions, à savoir la gestion des émotions, le lien social ("fumer comme ses potes") et la question identitaire ("je fume donc je suis cool").* » Dans le MPI, l'objectif est que le jeune puisse trouver d'autres moyens de répondre à ces besoins qui sont réels et légitimes : faire partie d'un club

¹ Sigfusdottir ID, Kristjansson AL, Thorlindsson T, Allegrante JP. Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995-2006. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008;3:12. Published 2008 May 28. doi:10.1186/1747-597X-3-12

de sport pour le lien social et l'identité, se sentir encadré par les gens autour de soi pour être davantage capable de gérer ses émotions, ou encore avoir la possibilité de faire de l'exercice ou de l'art pour se sentir bien dans son corps et booster son estime de soi. « *C'est souvent quand le jeune a une mauvaise estime de lui, qu'il se dit qu'il ne vaut rien, qu'il commence à faire n'importe quoi dans une logique "foutu pour foutu". Au contraire, s'il prend soin de lui, c'est un cercle vertueux* », souligne Mary Stevens. Bien sûr, les bénéfices d'une telle approche ne se feront pas sentir en un jour. « *Le modèle se base sur un cycle de 5 ans, avec une nouvelle collecte à l'année 3. Mais clairement, sur les trois premières années, il ne faut pas s'attendre à des miracles, prévient la chargée de projet. L'idée est de travailler sur le long terme et de déployer progressivement le MPI sur d'autres communes wallonnes et peut-être un jour à toute la Wallonie.* »

Proche des principes et méthodes de la promotion de la santé, le MPI s'appuie donc à la fois sur une utilisation de données locales probantes, une démarche participative et communautaire, une intersectorialité (chercheurs, décideurs politiques, praticiens, membres de la communauté...), une approche par les milieux de vie (comme l'école), mais aussi une dimension pérenne (vision à long terme). Cependant, comme le souligne une analyse du Reso², le Service universitaire de promotion de la Santé de l'UCLouvain, « *certaines repères théoriques, sur lesquels repose le champ de la promotion de la santé, sont absents du modèle théorique, tels que les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé ou encore la littératie en santé.* » À ces nuances, il faut aussi ajouter, comme le soulignait en 2022 un article de la revue Prospective Jeunesse³, que « *certaines des aspects les plus coercitifs du "modèle" (et en premier lieu, les couvre-feux) paraissent peu compatibles avec notre conception des libertés publiques: en Belgique, nombreuses sont les tentatives de bourgmestres d'établir des couvre-feux pour les mineurs qui ont été victorieusement contestées au Conseil d'État.* »

« *C'est un modèle qui doit s'adapter non seulement au contexte local mais aussi aux évolutions, aux événements qui touchent la société* », commente Mary Stevens. Le Covid a en effet rappelé à quel point le bien-être des adolescents était influencé – à court, moyen et à long terme – par les crises collectives. À l'inverse, peut-on penser que faire

du bien-être des adolescents une priorité permettra d'agir positivement sur toute la société? « *À terme, ceux qui bénéficieront du MPI, ce seront aussi les petits frères et les petites sœurs*, ajoute Mary Stevens. *Et puis ces jeunes vont devenir des adultes donc on peut espérer qu'avec le temps, ça booste l'ensemble de la commune et des milieux de vie.* »



Trois autres associations ont obtenu des financements dans le cadre de l'appel à extension d'agrément de l'AVIQ « Mieux savoir pour mieux choisir: un projet innovant pour renforcer la littératie en santé des jeunes en matière de consommation d'alcool » lancé en juin 2025.

- ▶ « Pour que la fête reste la fête », porté par Univers Santé. En alternant alcool et eau, l'asbl propose la « zebriété » qui permet d'éviter la déshydratation, les accidents et les consommations excessives.
- ▶ « Sans pression », porté par Prospective Jeunesse asbl. Ce projet est mené dans les clubs de hockey pour questionner la fonction de la troisième mi-temps et faire évoluer les moments partagés après les matchs.
- ▶ « Mieux savoir pour mieux choisir: action des pairs-multiplicateurs », porté par Educa Santé vise à mieux informer dans les lieux de vie des jeunes en s'appuyant sur le relais des jeunes eux-mêmes.



2 Camille Guilheneuf, Ségolène Malengreaux, Isabelle Aujoulat, « Prévention des assuétudes: une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge », 2024. https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/syntheses-de-connaissance/2024_02_12_Prévention%20des%20assuétudes_une%20analyse%20critique.pdf

3 <https://prospectivajeunesse.be/articles/le-modele-islandais-les-rythmes-communautaires-au-service-de-la-prevention>

Les coulisses d'ARCAD-W :

l'enquête d'Eurotox sur l'usage de l'alcool et des drogues en Wallonie

RÉFLEXIONS

Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique « Alcool-Drogues » en Wallonie et à Bruxelles, a lancé en janvier dernier la première édition de l'enquête ARCAD - W. Elle comporte plusieurs volets : une enquête par questionnaires, un monitoring à l'échelle des provinces et des concertations entre les acteurs wallons du secteur des assuétudes. Le but est de documenter la réalité en matière d'assuétudes.

► CLOTILDE DE GASTINES

Entretien avec Maud Dujeu, chargée de projet – Eurotox, Observatoire socio-épidémiologique « Alcool-Drogues ».

Éducation Santé : L'enquête ARCAD-W a-t-elle bien démarré ? Quels sont les premiers enseignements sur la participation ?

Maud Dujeu : Les premiers résultats sont très encourageants. En Wallonie, 2 000 personnes ont déjà répondu au questionnaire en ligne, anonyme (d'une durée d'environ 10-15 minutes), et environ 900 à Bruxelles. Même si le projet est financé par la Région wallonne et vise avant tout à mieux connaître les usages de substances sur ce territoire, il était difficile de limiter l'enquête aux seules frontières régionales en raison des mobilités quotidiennes entre Wallonie et Bruxelles. En revanche les volets complémentaires : les monitorings à l'échelon provincial et les concertations, sont exclusivement wallons.

L'enquête qui se clôture fin mars, montre que certains publics semblent sous-représentés, notamment ceux issus des services spécialisés en assuétudes, alors qu'ils sont les premiers concernés par les thématiques abordées. Certains acteurs nous ont dit : pour notre public, un ques-

tionnaire en ligne ne marchera pas. On a donc retravaillé avec eux une version abrégée, au format papier. Les personnes peuvent ainsi le remplir seules ou demander l'aide d'un travailleur. Nous espérons que cela permettra d'équilibrer le panel des répondants - nous les recevrons d'ici quelques semaines. (NDLR : cet entretien a eu lieu le 5 mars)

ES : Comment le questionnaire a-t-il été conçu et ajusté ? Quel a été le rôle des professionnels de terrain ?

M. D. : Le questionnaire a été élaboré à partir d'outils validés et de références internationales, mais il était essentiel que des professionnels du secteur des assuétudes et de la promotion de la santé l'ajustent et le valident.

Le premier atelier de concertation a eu lieu en novembre. Il a été dédoublé :





Les eaux usées révèlent des consommations très diversifiées

Le 10 mars dernier, Sciensano a publié un relevé épidémiologique issu de l'analyse des eaux usées. Il donne une idée assez précise de la consommation de drogues en Belgique.

- ▶ L'utilisation de la cocaïne est généralisée en Belgique et elle a été trouvée dans toutes les stations. Sa consommation est plus élevée le week-end que pendant la semaine, ce qui indique qu'elle est probablement liée à la vie festive et nocturne, comme la MDMA.
- ▶ La méthamphétamine, encore limitée, a quand même été détectée dans environ la moitié des installations. Fait frappant : exclusivement en Flandre et à Bruxelles.
- ▶ Le crack : Contrairement à l'image donnée par les médias et à la perception du public, l'analyse des eaux usées confirme que la consommation de crack ne se limite pas à la capitale mais est répandue dans tout le pays.
- ▶ La Kétamine a été détectée dans presque toutes les stations ; la consommation de cette drogue est désormais largement répandue contrairement à la situation d'il y a cinq ans.
- ▶ Les amphétamines : l'utilisation est clairement plus élevée en Flandre que dans le reste du pays.

Source : Sciensano.be : « La consommation des drogues en Belgique répertoriée grâce à une analyse des eaux usées » – mars 2026

une fois pour les acteurs du Hainaut et du Brabant wallon, une seconde fois pour les trois autres : Namur, Liège, Luxembourg. Ces moments ont permis de présenter le projet aux professionnels et de créer de l'interconnaissance.

Ces rencontres ont amené des retours très concrets : certaines questions étaient jugées trop longues ou mal adaptées aux publics, d'autres thématiques manquaient. Par exemple, une échelle d'évaluation de l'addiction à la cocaïne, pourtant validée scientifiquement, a été retirée car trop complexe.

Les professionnels ont également attiré notre attention sur la nécessité de reformuler certaines questions. Pour les publics les plus précaires, dont les situations de logement fluctuent beaucoup, ils nous ont proposé de préciser « où étiez-vous logés au cours des 30 derniers jours ». Je n'y aurais pas pensé. Cette co-construction est essentielle : elle permet de valider la démarche, mais aussi d'enrichir notre compréhension des réalités de terrain.

ES: Comment l'enquête est-elle diffusée et comment les résultats seront-ils utilisés ?

M. D. : La diffusion repose sur un large réseau local : CLPS, communes, associations, services spécialisés, mais aussi des relais inhabituels. Par exemple, certains professionnels nous ont suggéré de diffuser une vidéo via Medisplay, le système présent dans les salles d'attente des médecins.

Au-delà de la collecte de données, l'enjeu est de nourrir le monitoring provincial et d'alimenter les politiques publiques. Les prochaines concertations, prévues en avril, permettront de remonter les constats et besoins des professionnels.



Eurotox intégrera ces éléments dans son plaidoyer, notamment dans le futur WAPPS (programme wallon en prévention et promotion de la santé) et dans la réflexion en cours sur la réorganisation de la première ligne de soins.

En fin d'année, nous organiserons une journée de restitution. Elle sera interactive : l'idée n'est pas seulement de présenter les chiffres, mais d'en débattre avec les acteurs de terrain pour affiner les interprétations et renforcer l'action collective.



La page web dédiée au projet :

eurotox.org/projet-arcad-w

L'équipe de recherche est joignable sur cette adresse mail : arcadw@eurotox.org

IA et santé : poser les balises de l'équité

L'utilisation de l'intelligence artificielle dans les outils numériques de santé peut-elle réduire les inégalités sociales de santé ? Pour explorer cette question, des chercheurs du Centre de Recherche Approches Sociales de la Santé (CRISS-ULB) ont choisi d'analyser un cas pratique : le développement d'une application destinée aux personnes souffrant de douleurs antérieures du genou¹ qui est co-construite avec des développeurs, des professionnels de santé, des patients et des patients potentiels.

RÉFLEXIONS

► CLOTILDE DE GASTINES

« AIM² » – lire « AIM au carré » – est le nom de baptême de ce projet de recherche. C'est l'acronyme de « Artificial Intelligence to improve Motivation and reduce Mental load in digital care » – traduit littéralement « Utiliser l'intelligence artificielle pour améliorer la motivation et réduire la charge mentale dans l'utilisation des outils numériques de santé ». Sous la supervision de la professeure de santé publique Céline Mahieu, trois chercheur-euses en Santé publique – Olivier Mugema, Simon Elst et Laura Solar assurent le suivi scientifique du projet. Celui-ci comporte deux volets de recherche : le premier est consacré aux professionnels de santé, le second aux patients. Il bénéficie des financements d'Innoviris, le fonds de recherche et développement de la Région Bruxelles-Capitale.

Les premiers résultats intermédiaires semblent montrer qu'il faut des renégociations constantes pour faire de l'IA un outil d'équité dans la collaboration transdisciplinaire social-santé. Rencontre avec Olivier Mugema et Simon Elst.

Éducation Santé : Pouvez-vous nous présenter le CRISS ?



Olivier Mugema : Le CRISS s'intéresse aux dimensions sociales, organisationnelles et relationnelles de la santé. Nous travaillons sur les inégalités sociales de santé, la collaboration interprofessionnelle, et sur la façon dont les innovations technologiques transforment les pratiques de soins.

Notre approche de santé publique part d'un constat : 40 % de la population belge est en situation de vulnérabilité

numérique. Plutôt que d'imposer la technologie, nous adoptons une démarche participative où patients vulnérables, professionnels de santé et développeurs co-construisent ensemble les outils. Nous explorons deux questions centrales : (1) Sous quelles conditions l'IA peut-elle réduire les inégalités sociales de santé au lieu de les aggraver ? et (2) Comment préserver l'alliance thérapeutique et la dimension humaine des soins dans un contexte de numérisation croissante ? L'enjeu est de faire de l'IA un véritable partenaire dans les soins, accessible et équitable pour tous.

ES : Aujourd'hui peut-on encore parler de fracture numérique ?

O.M. : Aujourd'hui, parler de fracture numérique ne se limite plus à opposer ceux qui ont accès à internet et ceux qui ne l'ont pas. C'est devenu une réalité bien plus complexe. Notre projet de recherche montre que c'est une fracture en 3 dimensions.

► **Une fracture d'usage :** Beaucoup de personnes utilisent du numérique, mais de façon limitée ou contrainte, ou purement fonctionnelle. Quelqu'un peut utiliser une application pour prendre un rendez-vous, mais pas pour comprendre ou gérer sa santé.

► **Une fracture de compréhension :** la compréhension d'un problème de santé nécessite souvent une formation médicale. Elle permet de faire des hypothèses fiables sur la manière dont la pathologie peut évoluer. Avoir accès à l'information ne signifie pas que vous pouvez l'utiliser. L'IA peut fournir de l'information, par exemple « vous avez un cancer ». Mais sans accompagnement humain, elle

¹ Ces douleurs sont liées à l'usure du corps chez les sportifs et aussi dans les populations défavorisées, en surpoids, et exposées à des pénibilités physiques au travail, ce qui permet de définir un profil de patients potentiels.

risque de noyer le patient sous une masse d'informations anxiogènes qu'il ne peut pas traiter seul.

- ▶ **Une fracture relationnelle**: certaines personnes discutent avec un médecin, un kiné, leur entourage, d'autres sont seules face à l'écran. L'IA est un soutien quand le lien n'existe pas ou plus. Il faut vraiment y faire attention.

ES: Les résultats préliminaires issus des premiers focus groups vous ont permis de dessiner trois types de positionnements par rapport à l'IA tant chez les patients que chez les professionnels. Pouvez-vous nous les décrire ?

O.M.: Notre collègue Laura Solar, qui est actuellement en repos de maternité, a dessiné trois idéotypes de patients :

- ▶ **le « Selective Distancing »**: ce patient évalue l'IA avec prudence et recul. Il n'est ni opposé ni enthousiaste, mais pose des conditions : il veut garder le contrôle, maintenir le contact humain avec son soignant, et comprendre comment l'outil fonctionne. Il accepte l'aide technologique uniquement si elle respecte sa relation thérapeutique ;
- ▶ **le « Connected Pragmatist »**: ce patient adopte l'IA de manière utilitaire et fonctionnelle. Il recherche l'efficacité et le gain de temps. Il fait confiance aux outils numériques pour gérer son parcours de soins (prises de rendez-vous, suivi de traitement), mais reste attentif à ce que cela simplifie réellement sa vie quotidienne ;
- ▶ **le « Techno Reflective Explorer »**: il a conscience du souci éthique et des enjeux de confidentialité. Il estime qu'il faut challenger l'IA - la dompter d'une certaine façon.

Et nous avons aussi fait émerger trois idéotypes de professionnels :

- ▶ **les protecteurs du lien thérapeutique**: ils ont un attachement à la relation humaine et une adoption très sélective. Ils ne sont pas contre l'IA, mais leur appréciation est modulable ;
- ▶ **les adopteurs conditionnels**: ils sont pragmatiques en quête d'efficacité mais sous des conditions strictes ;
- ▶ **les protecteurs de l'équité ou sentinelles de l'équité**: ils appliquent une vigilance particulière aux inégalités sociales de santé.

ES: Est-ce que ces idéotypes existaient dans la littérature auparavant ?



Simon Elst: Non, ils ont émergé des focus group. Ces catégories sont un outil de travail pour le raisonnement, pour simplifier une réalité complexe. Les différents profils ne correspondent pas à des personnes réelles, donc ce sont plutôt des grandes tendances qu'on essaie de résumer.

Par ailleurs, cette typologie n'est pas figée : un même professionnel peut incarner les trois, par exemple en fonction du contexte ou de l'enjeu, de la difficulté de l'enjeu au moment de la rencontre avec le patient et de la posture du patient.



O.M.: Ces idéotypes montrent que l'inclusion dépasse la fracture numérique, on est au-delà de la question de la capacité à utiliser les outils et à en disposer, mais aussi de qu'est-ce qui va faire que quelqu'un va être enclin à l'utiliser, par exemple par rapport à des questions éventuellement éthiques sur l'utilisation des données de santé ?

On a longtemps associé la relation de soin à un modèle plus vertical, centré sur le savoir médical du médecin. On n'est plus dans cette situation. Actuellement, le médecin qui rencontre les patients, dit : « Vous avez un problème, vous avez une pathologie que je peux nommer, mais pour le soin et la guérison, j'ai besoin de votre coopération ». C'est un travail en duo. Finalement, ça renforce l'alliance thérapeutique qui autrefois relevait davantage de l'incantation.

ES: Dans quelles conditions l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les soins de santé réduit ou en tout cas n'aggrave pas les inégalités sociales de santé ?

O.M.: Sur le papier ces outils automatisés paraissent très bien. Mais à l'usage, les patients s'interrogent et interpellent les professionnels et les développeurs. Pour moi, c'est une question fondamentale. Si nos gouvernements, si nos élus poussent à ce que de l'argent public soit investi dans les outils numériques, ça pose une question de santé publique spécifique sur l'inclusion de tous les publics et la prise en compte des inégalités sociales de santé.

S.E.: Cette dimension est pensée dans le projet avec l'articulation entre les 3 acteurs de la recherche : une start-up qui s'occupe du développement, la faculté des sciences de la motricité qui aborde les aspects cliniques (orientés kinésithérapie). Et puis nous qui venons avec ce volet plutôt sociologique, social et professionnel. Et ce qui est intéressant dans le projet, c'est que même au sein de l'équipe de recherche, on voit dans les dialogues entre les 3 acteurs qu'on a tous des perspectives différentes, des langages différents, des priorités différentes.

Au sein du projet, il est évident que personne n'a la volonté de concevoir des applications qui manqueraient d'accessibilité ou qui ne toucheraient pas le plus grand nombre. Mais après, dans la façon d'apporter des réponses,

l'interdisciplinarité est essentielle et il faut un volet spécifique pour adresser ces questions-là.

ES: Quelles sont les effets du numérique et de l'IA sur la relation patient-médecin ?

O.M.: L'IA ne remplacera jamais la relation des soins, mais ce que l'on découvre, c'est qu'elle transforme cette relation et parfois, la fragilise si cette relation est mal intégrée.

Quand les patients arrivent en consultation après avoir consulté Google ou ChatGPT, les professionnels ont parfois l'impression de passer plus de temps à désamorcer qu'à soigner. Mais on peut aussi voir le côté positif, et se dire qu'un outil bien accompagné offre une autonomie accrue aux patients.

S.E.: Dans les focus group, certains médecins disaient : « *Moi, je ne suis pas contre le fait que le patient arrive avec*

un outil d'intelligence artificielle, parce que parfois ça permet d'ouvrir la discussion, le patient me challenge. Il faut que je sois prêt à répondre aux questions ».

On espère que notre recherche permettra de produire des repères solides pour concevoir des outils numériques qui n'aggravent pas les inégalités sociales de santé.

Notre contribution vise à informer les décideurs et le public, les cadres de régulation, poser des balises sur l'équité, la responsabilité, l'intégration dans le système de soins. Pour devenir acceptable et équitable, l'IA ne peut pas être imposée de manière descendante. Les patients vulnérables comme les professionnels expriment le même besoin : être impliqués dans la conception des outils. C'est ce que nous appelons la « co-construction », seule approche qui permettra de faire de l'IA un partenaire dans les soins plutôt qu'un facteur d'exclusion.

L'enjeu du partage des savoirs en promotion de la santé

La promotion de la santé est un champ en pleine expansion. Dans leur livre, sobrement intitulé « La promotion de la santé aujourd'hui », des chercheur·euses proposent un panorama inédit et des clés pour faire dialoguer les savoirs, apprivoiser la complexité et lutter contre l'injustice cognitive.

OUTIL

► CLOTILDE DE GASTINES



Le domaine de la promotion de la santé est « *en profonde mutation* » estiment Didier Jourdan, Carole Faucher et Valérie Ivassenko, qui ont dirigé l'ouvrage « *La promotion de la santé aujourd'hui. Pratiques sociales et partages de savoirs* » (Éditions de L'Harmattan 2025). Leurs réflexions sont issues d'un

séminaire international coordonné par la Chaire UNESCO Éducatrices & Santé qui a réuni des chercheurs, praticiens, responsables institutionnels et acteurs communautaires de plusieurs continents.

En introduction, les auteur·es rappellent que la promotion de la santé englobe un ensemble de pratiques sociales, « *étiquetées comme promotion de la santé, prévention des maladies ou éducation à la santé* ». Et sous ces étiquettes très modestes se cachent une ambition très politique :

celle de transformer les milieux de vie et de renforcer le vivre-ensemble.

Cet effort de transformation est multidimensionnel, dynamique et permanent car les pratiques de promotion de la santé « s'appuient sur des connaissances qui influencent et sont influencées par les comportements quotidiens des individus et des collectivités dans leur rapport à la santé et à ses déterminants. » Par conséquent « l'interaction entre théorie et pratique est constante ». Et toute intervention a un effet boomerang : « elle modifie le contexte social et reconfigure les interactions. En retour, ces dernières transforment à leur tour l'intervention initiale ».

Le panorama n'est donc jamais figé. Et l'activité du secteur de la promotion de la santé s'apparente finalement davantage au fonctionnement des planètes en rotation gravitant au sein d'une galaxie dans un espace en expansion.

Jongler entre les « faire » et les « savoir »

Les pratiques de promotion de la santé sont mises en œuvre par une myriade d'acteurs, que les chercheur-euses décrivent comme quatre « faire » essentiels.

- 1 Le faire des individus et des populations. Il est ancré dans des cultures et des contextes sociaux – reflet d'une grande « diversité de savoirs ».
- 2 Le faire des intervenants : tant des professionnels, des militants, des organisations associatives, que des forums, coordinations, communautés.
- 3 Le faire des politiques et des institutions. Il englobe le « plaider et le développement des politiques publiques aux échelons national, régional et local dans le domaine de la santé et de l'ensemble des secteurs ayant une action sur les déterminants de la santé ».
- 4 Le faire des « innovateurs », via la recherche et la production de recommandations et de protocoles.

Mais ces « faire » s'entrechoquent souvent du fait de la hiérarchie des savoirs et de la prédominance du modèle biomédical, des rapports de pouvoir Nord/Sud, experts/profanes. Les auteur-es estiment que le sociologue portugais Boaventura de Sousa Santos est « sans doute » celui qui propose « l'approche la plus saine » pour tendre vers l'horizontalité des savoirs.

Son approche se fonde sur la nécessité d'évoluer dans « un espace d'interconnaissance ». Car selon Santos, il n'existe ni connaissance, ni ignorance dans l'absolu : « Toute ignorance est ignorance d'un savoir particulier, et toute connaissance triomphe d'une ignorance particulière. Acquérir certains savoirs peut en faire oublier d'autres et, par conséquent, peut rendre ignorant de ces autres savoirs ». Ce que Santos qualifie de « monoculture des savoirs ».

Il propose un « écologie des savoirs ». Elle vise à reconnaître l'existence de multiples formes de connaissances,

à combattre la destruction des savoirs locaux (qualifié d'« épistémicide »), et à instaurer des espaces de traduction interculturelle.

Agir dans la complexité : une approche systémique

Plusieurs chapitres du livre évoquent plus particulièrement les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire. Ainsi selon Chantal Vandoorne (chercheuse belge bien connue des lecteurs d'Éducation Santé), les écoles doivent être accompagnées comme des systèmes complexes, car les modèles linéaires sont inopérants face aux réalités du terrain. Le modèle inforgétique de Le Moigne, mobilisé en Belgique, illustre l'intérêt d'une approche centrée sur les processus plutôt que sur les seuls résultats.

Le livre critique aussi l'hégémonie des « données probantes » biomédicales. Il met en garde contre une approche « trop strictement quantitative », car elle risque d'occulter les savoirs locaux, de dépolitiser l'action, de gommer les éléments de contexte, et peut-être même de renforcer des inégalités.

Les auteur-es revendiquent une épistémologie plurielle, dans laquelle les données qualitatives, les récits de vie, les connaissances communautaires et les savoirs professionnels du terrain ont la même légitimité que les essais contrôlés randomisés dans la limite de leurs usages respectifs.

Des promesses et du répit

Enfin, le chapitre final est résolument tourné vers l'action. Les auteurs invitent à dépasser une « science des problèmes » centrée sur le diagnostic pour adopter une science des solutions fondée sur la co-construction, l'interdisciplinarité et une éthique de la justice et de l'équité.

La promotion de la santé y apparaît comme une démarche intrinsèquement politique. Les auteur-es proposent de bâtir une promotion de la santé plurielle, contextualisée, démocratique, fondée sur la justice cognitive et sociale.

Ce livre est une lecture précieuse – qui offre un moment de répit dans la frénésie des échanges et des deadlines – pour celles et ceux qui s'interrogent sur l'avenir de la santé publique et sur la manière d'agir concrètement pour réduire les inégalités sociales de santé.

Jourdan D., Faucher C., Ivassenko V., et al., *La promotion de la santé aujourd'hui*, Ed. L'Harmattan, 2025.



Le CePS organise un webinar le 14 avril prochain autour du livre : https://www.facmed.uliege.be/cms/c_12820014/fr/cycle-de-webinaires-en-promotion-de-la-sante-2026

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be



Avec le soutien de :

