

ÉDUCATION SANTÉ

JUIN 2017
334

Impact de la santé du sommeil sur les activités humaines

Guy Adant



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

www.educationsante.be

RÉFLEXIONS

Impact de la santé du sommeil sur les activités humaines

Guy Adant, enseignant honoraire Haute École Condorcet (Tournai)

La santé repose sur trois piliers principaux : le niveau d'activité au sens le plus large, la qualité de la nutrition et du sommeil. Les armées américaine et canadienne l'ont bien compris en choisissant cette triade comme fondement de la santé et de la productivité des militaires et de leur famille. Comme on passe un tiers de sa vie à dormir, sur la vie entière le sommeil est l'activité qui occupe le plus de temps si on compare le temps de sommeil au temps consacré aux autres activités.

Selon l'American Time Use Survey, durant la période de la vie consacrée à l'activité professionnelle, les Américains travaillent en moyenne 430 minutes par jour et dorment 467 minutes (Barnes et al. 2012). Le sommeil est donc bien l'activité prépondérante durant l'existence mais quel impact le sommeil peut-il avoir sur les autres activités ?

La plupart des professionnels de la santé ont été formés pour atténuer ou guérir les maladies et leurs séquelles. Leurs champs d'intervention s'inscrivent pour l'essentiel en aval des maladies. Le sommeil n'y échappe pas. Il peut être utile de renverser la perspective traditionnelle en médecine et de s'interroger non sur les principales maladies du sommeil comme l'insomnie ou le syndrome des apnées du sommeil et leurs conséquences mais plutôt sur les éléments constitutifs de la santé du sommeil. Cette façon de voir est opérante pour la prévention primaire.

La santé du sommeil peu ou mal définie

Cela n'a rien d'étonnant quand on connaît la difficulté de cerner le concept plus large de santé. Habituellement, en français, une bonne nuit de sommeil est suivie d'un état où le sujet se dit frais et dispos (*fit and well* en anglais) pour la journée qui commence mais cette affirmation n'est qu'un élément subjectif.

Selon Buysse (2014), la santé du sommeil peut être caractérisée selon 5 dimensions mesurables :

- durée du sommeil c'est-à-dire quantité de sommeil obtenue en 24 h ;
- continuité du sommeil ou efficacité : facilité à tomber endormi et à se rendormir ;
- moment adéquat (timing) : positionnement adapté du sommeil dans les 24 h ;
- vigilance/somnolence : capacité à soutenir l'attention ;

- satisfaction/qualité : évaluation subjective du 'bon' ou 'mauvais' sommeil.

À partir de là, on obtient la définition suivante de la santé du sommeil : « *un processus multidimensionnel fait de sommeil et d'éveil adapté à l'individu, aux exigences sociales et environnementales qui favorise le bien-être physique et mental. Une bonne santé du sommeil est caractérisée par une satisfaction subjective, un moment et un timing appropriés, une efficacité élevée, une vigilance soutenue durant les heures d'éveil* » (Buysse, 2014).

La durée moyenne d'une nuit satisfaisante pour la santé est estimée à 7-8 h tant pour les hommes que les femmes à rôles égaux alors qu'une durée supérieure à 9 h ou inférieure à 6 h ou moins est néfaste et s'accompagne de pathologies telles que maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète de type 2, immunodéficience, troubles respiratoires et augmentation de la mortalité de toutes causes (e.a. cancers, accidents, suicide) (Kripke et al. 2002 ; Watson et al. 2015).

La santé du sommeil repose sur plusieurs éléments interdépendants : une journée active mais sans excès si possible en partie à l'extérieur où l'activité est modulée par des périodes de repos, une bonne gestion du stress, des croyances réalistes et un ensemble de comportements favorables au sommeil (Adant, 1996).

Il est intéressant de noter que dans la gestion quotidienne du temps, le sommeil comme les loisirs apparaissent négligés au profit du travail et des activités centrées sur la famille (aides aux enfants, ménage, préparation des repas) spécialement dans le genre féminin et chez les cadres. Plus le temps de travail et le temps consacré à la famille sont importants plus le temps alloué au sommeil diminue et l'inverse est également observé (Barnes et al. 2012).

On ne mesure probablement pas assez les effets pernicieux d'un manque de sommeil et

ses conséquences sur les activités humaines. Sait-on, par exemple, que le manque d'une seule nuit de sommeil aura la même conséquence sur la coordination oculo-manuelle le matin qu'une consommation d'alcool à la limite légale (Killgore, 2010) ? Ou que la somnolence au volant est responsable à elle seule de 29 % des accidents mortels sur les autoroutes françaises entre 2010 et 2014 alors que la baisse de la vigilance intervient pour 41 % ? (A.S.F.A, 2015)



Les effets du manque de sommeil

Les effets de la restriction de sommeil ont été bien étudiés surtout pour la restriction de sommeil à court terme.

La restriction de sommeil à court terme a été étudiée de façon expérimentale (par exemple, une nuit de sommeil ordinaire suivie d'une nuit sans sommeil ou encore six nuits de 4 h suivies par six nuits de 10 h) et montre des effets sur la tolérance au glucose, une augmentation de l'activité du système nerveux sympathique, de plus hauts taux de cortisol en soirée et une réduction de sécrétion de leptine (une hormone qui contrôle le mécanisme de satiété) ainsi qu'une augmentation de la protéine C-Réactive (CRP, un marqueur sanguin de l'inflammation) et

une augmentation de la pression systolique.

La restriction de sommeil à long terme ou restriction chronique augmente le risque de maladies cardio-vasculaires et de diabète de type 2 (Alvarez et al. 2004).

L'étude de cohorte *Nurses' Health Study* a révélé que les femmes qui ont des troubles du sommeil (insomnie), du ronflement, un sommeil inférieur à 6 h, des apnées du sommeil ou un travail posté présentent quatre fois plus de risque d'avoir un diabète de type 2 (Yanping et al, 2016).

Chez des individus d'âge moyen, le syndrome métabolique (obésité abdominale, taux de glucose élevé à jeun, hypertension artérielle, taux bas de cholestérol HDL, élévation des triglycérides) augmente entre 48 et 83 % selon

que l'on se situe dans la catégorie des courts dormeurs ou des longs dormeurs comparés à ceux qui dorment entre 7 et 8 h par nuit.

Le syndrome métabolique prédispose au diabète de type 2 ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires (Jennings et al. 2007).

La restriction chronique de sommeil provoque des déficits neuro-comportementaux si de manière répétée la nuit de sommeil est plus courte que 7 h. Il s'agit de dysfonctionnements cognitifs : instabilité, réduction de l'attention et de la mémoire de travail. Toutefois il existe d'importantes variations interindividuelles, ce qui suggère peut-être que cette vulnérabilité dépende aussi d'un facteur génétique (Banks, 2007).

Les effets du manque de sommeil sur les

cognitions sont en étroite rapport avec l'exécution des activités humaines et ces effets touchent presque toutes les fonctions cognitives.

Le temps de réaction aux tests de vigilance psychomotrice est diminué et cela ne concerne pas seulement le cas d'un manque total de sommeil. Un déficit de quelques heures de sommeil au-delà de deux semaines a déjà des répercussions négatives. La tomographie par émission de positrons (TEP) montre que le manque de sommeil est associé à une réduction de l'activité métabolique dans les régions du cortex préfrontal, du cortex cingulaire, du thalamus, des noyaux gris centraux, du cervelet : toutes régions cérébrales essentielles dans les processus d'attention, de gestion de l'information et des fonctions

Comportements quotidiens et habitudes

Comportements qui réduisent le besoin de dormir au moment du coucher

- activité insuffisante durant la journée
- se reposer durant la journée alors qu'on n'est pas fatigué

Habitudes liées au sommeil

- faire des siestes, somnoler durant la journée ou la soirée
- être semi-éveillé durant la soirée
- dormir beaucoup les week-ends.

Comportements qui perturbent la régularité du rythme veille-sommeil

- exposition insuffisante à la lumière le matin entraînant un retard de phase
- exposition trop précoce à la lumière le matin avec avance de phase

Habitudes liées au sommeil

- horaires de sommeil irréguliers
- sommeil matinal les week-ends.

Comportements qui augmentent le niveau d'éveil, gênent l'endormissement et perturbent le sommeil

- fumer durant la soirée
- consommation excessive de caféine pendant la journée ou après 17 h
- consommer de l'alcool le soir
- faire de l'exercice tard le soir
- dernier repas trop tard ou trop de liquide ingéré (peut causer un reflux-gastro-œsophagien ou des mictions fréquentes)
- rentrer tard le soir, traîner avant de se mettre au lit

- être exposé à la lumière bleue des écrans (TV, ordinateur, tablette, téléphone...) plus de 2 h avant l'heure du coucher

Habitudes liées au sommeil

- appréhension durant la soirée quant au sommeil durant la soirée (« Je vais encore mal dormir! »)
- pas de routines avant le sommeil (par exemple : prendre une collation légère ou une tisane, se brosser les dents, faire un brin de toilette, lire en dehors de la chambre, écouter de la musique douce, se relaxer...)
- parler, au lit, de choses stressantes
- au lit : regarder la TV, lire, s'engager dans des comportements incompatibles avec le sommeil avant d'éteindre les lumières, tomber endormi avec la radio ou la TV
- faire des efforts pour s'endormir
- regarder l'heure durant la nuit
- rester au lit durant les éveils nocturnes prolongés ou rester longtemps éveillé au lit le matin
- dormir dans un environnement de sommeil inadéquat : partenaire qui ronfle, bruits, lumière vive le matin ou animaux dans la chambre.

Adapté de Yang CM, Spielman AJ, Glovinsky PB. (2008) Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia. Psychiatr Clin North Am 2006;29(4):900; with permission, in Glovinsky A. et al. Nonpharmacologic strategies in the management of insomnia,

rationale implementation, Sleep Medicine Clinics, Vol. 3. N°2. (traduit par Guy Adant).

Si l'insomnie transitoire peut bénéficier d'un traitement pharmacologique, on ne peut, sauf exception, soigner une insomnie chronique avec des médicaments (somnifères et/ou anxiolytiques).

Le traitement de référence est un traitement psychologique fondé sur une approche cognitivo-comportementale. Il consiste d'abord à analyser l'insomnie en fonction d'antécédents immédiats (les événements diurnes qui précèdent le problème), d'en répertorier les conséquences pour l'insomniaque et son entourage et de prendre en compte les antécédents historiques (histoire de l'insomnie, caractéristiques personnelles).

Cette analyse est généralement complétée par la tenue d'un agenda de sommeil et par des réponses recueillies grâce à des questionnaires validés.

Le traitement proprement dit consiste à fournir à l'insomniaque d'une part des moyens de lâcher-prise et d'autre part rectifier les croyances erronées à propos du sommeil pour dissiper toutes les fausses interprétations.

Ce traitement est basé sur des niveaux de preuves depuis 1994.

GA

exécutives. À noter que les effets de la privation de sommeil sur la vigilance sont modérés par l'âge, les sujets plus âgés y étant moins affectés. La perception visuospatiale est aussi altérée, ce qui indique que le déficit de sommeil diminue particulièrement l'activité de l'hémisphère cérébral droit. Une simple nuit blanche suffit pour réduire la sensibilité visuospatiale lors d'une tâche de ce type sur ordinateur.

Le déficit de sommeil se répercute également sur la gestion des émotions et d'autres processus cognitifs comme la mémorisation et la prise de décision. Une seule nuit sans fermer l'œil se traduit par un changement d'humeur et des cognitions négatives comme une plus grande intolérance à la frustration. Le sommeil agit à la fois sur l'encodage, la consolidation et l'intégration des informations, processus essentiels dans la mémorisation. La mémoire déclarative (épisodique et sémantique) est surtout diminuée en cas de privation de sommeil. Alors que la pensée convergente et la déduction logique ne sont pas touchées, la pensée divergente l'est : le déficit de sommeil affecte la créativité (Killgore, 2010). Une bonne santé du sommeil est essentielle pour être créatif.

Toute activité humaine, même la plus humble, peut bénéficier de créativité à travers sa planification et sa réalisation (Adant, 2011).

Les troubles du sommeil

Le trouble du sommeil le plus fréquent dans la population française comme dans la population belge est l'insomnie chronique. Cette maladie concerne 19 % des adultes (Gourier-Fréry, 2008). L'insomnie a des conséquences importantes non seulement sur la qualité de vie mais aussi sur l'activité professionnelle. Les insomniaques seraient deux fois plus souvent absents au travail (Léger, 2011). Le deuxième trouble le plus courant est le syndrome des apnées du sommeil (S.A.S) souvent sous-diagnostiqué. Le S.A.S. touche entre 24 % des hommes et 9 % des femmes entre 30 et 60 ans. La somnolence diurne induite est estimée entre 3 à 7 % pour les hommes et 2 à 5 % pour les femmes (Garvey et al. 2015). L'impact de la somnolence a surtout été mis en évidence dans les accidents de la route mais il est hautement probable que la somnolence affecte les activités professionnelles, les activités domestiques et les loisirs. Dans une population de sujets en bonne santé aux USA, il ressort qu'une durée de sommeil inférieure



Photo © Fotolia

à 7 heures en semaine entraîne des difficultés dans les activités diurnes et davantage chez les femmes. Les effets sont principalement des difficultés de concentration liées à la somnolence ou la fatigue suivies de problèmes de mémoire ainsi que de difficultés pour travailler ou réaliser des activités de loisir (Wheaton et al. 2011). Il est intéressant de noter que si l'activité (physique) a un effet favorable sur le sommeil, cet effet est bidirectionnel. Les adultes qui se plaignent d'un sommeil de mauvaise qualité sont moins actifs, présentent des apnées du sommeil et ont moins de capacités cardio-respiratoires que ceux qui ne s'en plaignent pas. Paradoxalement, améliorer la qualité du sommeil par exemple en traitant les apnées par pression positive continue (CPAP) n'a pas d'effet sur le niveau d'activité de la journée (Kline, 2014).

Un bon sommeil bénéficie à la récupération physique et mentale comme d'ailleurs l'élémentaire bon sens le pressent.

La santé du sommeil influence également, comme on peut s'y attendre, les performances académiques. 49.462 étudiants américains des deux sexes ont été interrogés à propos de la santé de leur sommeil. Les résultats indiquent d'abord que les étudiants qui avaient un bon sommeil pratiquaient une activité physique modérée à intense régulièrement ainsi que de la musculation, se sentaient moins épuisés ou jamais épuisés,

n'avaient pas mal au dos, ne travaillaient pas en dehors de leurs études et n'étaient pas anxieux. Chez les étudiantes, la santé du sommeil était meilleure chez celles qui pratiquaient une activité physique modérée à intense ainsi que de la musculation, se sentaient moins épuisées ou jamais épuisées, n'avaient pas de relations physiquement ou psychologiquement abusives, ne fumaient pas, ne connaissaient pas de biture express, n'avaient pas eu de fractures osseuses, ne travaillaient pas ni ne faisaient de bénévolat, ne consommaient pas de marijuana et ne se sentaient pas tristes.

Ces résultats montrent qu'une bonne santé du sommeil chez les étudiant(e)s est associée à de meilleures performances académiques quoique l'index de masse corporelle (BMI) soit le meilleur prédicteur de bons résultats avant la santé du sommeil (Becker, Orr & Quilter, 2008). Ceci souligne qu'il ne faut pas perdre de vue qu'un mauvais sommeil favorise l'obésité (Bjorvan et al. 2007).

Holfeld & Ruthig (2014) dans une étude longitudinale sur deux ans portant sur 426 sujets américains âgés entre 60 et 100 ans et vivant de façon indépendante dans la communauté du Midwestern étudient la relation bidirectionnelle entre la qualité du sommeil et le niveau d'activités physiques. Les auteurs de cette étude constatent que la somnolence diurne est prédictive de peu d'activités physiques après contrôle de l'âge et de l'indice de masse corporelle (BMI). Après analyse statistique des variables en cause on note que le niveau d'activités physiques des aînés dépend de la qualité du sommeil préexistant et non l'inverse. Hood et al (2004) ont examiné les relations entre l'exposition à la lumière, le niveau d'activité diurne et la qualité du sommeil dans un échantillon de 33 sujets âgés entre 65 et 85 ans.

Les sujets étaient tous en bonne santé, vivant de manière indépendante, physiquement aptes et ne présentaient pas de pathologies susceptibles d'altérer leur sommeil. Ils n'étaient pas déprimés, ne présentaient pas de troubles cognitifs et ne prenaient pas de médication qui pouvait perturber leur sommeil. La qualité du sommeil était évaluée par le *PSQI* et la *Morningness Eveningness Scale*.

À l'analyse des résultats, les auteurs concluent qu'il existe une relation prédictive forte entre la qualité du sommeil mesurée par l'immobilité la nuit, l'activité diurne et l'exposition à la lumière naturelle (≥ 3000 lux).

Mais on ne peut déterminer si c'est la lumière qui favorise le sommeil ou si c'est la qualité du sommeil qui favorise un style de vie actif qui prédispose à une exposition à la lumière naturelle.

Conclusion

La santé du sommeil influence l'état de santé global de l'individu et a des conséquences multiples sur la qualité des activités humaines. Un bon sommeil bénéficie à la récupération physique et mentale comme d'ailleurs l'élémentaire bon sens le pressent. Comme l'état général est meilleur, la vitalité est plus grande et les fonctions psychomotrices et cognitives en tirent profit. Ceci rejaillit tout naturellement sur la qualité des activités scolaires, académiques,



Photo © Fotolia

professionnelles et de loisirs. Chez les aînés, la santé du sommeil favorise les activités de temps libre, clés de l'équilibre biopsychosocial et protège des symptômes dépressifs qui peuvent toucher de 15 à 50 % des sujets selon le lieu de vie (Massoud, 2007).

La promotion de la santé du sommeil à tous les âges de la vie consiste principalement à susciter tous les comportements et toutes les attitudes bénéfiques à la santé générale et à l'hygiène du sommeil en particulier. Elle est essentielle pour conserver et augmenter la qualité des activités diurnes et limiter l'apparition des troubles du sommeil. Ce n'est pas aussi simple qu'il y paraît car cela implique généralement une remise en

cause des habitudes et des comportements défavorables au sommeil observés chez les Occidentaux.

Ne conviendrait-il pas de rendre à la santé du sommeil sa juste place ? « *La médecine actuelle du sommeil se focalise sur l'évaluation du sommeil et ses troubles mais ce que les gens veulent réellement c'est un meilleur sommeil* » (Buisse, 2014, p. 15). Sacrifier le sommeil au profit de toutes les autres activités diurnes est contre-productif pour la qualité de ces mêmes activités.

Les références de l'article sont disponibles sur la version en ligne du texte (www.educationsante.be)

INITIATIVES

La littératie en santé sous le feu des projecteurs

Alexia Brumagne (Cultures&Santé)

En octobre 2016, Cultures&Santé publiait un guide d'animation sur la littératie en santé. Depuis, l'association organise régulièrement des ateliers d'échanges et de réflexion sur ce sujet. Un moyen pour les professionnels-relais¹ de s'approprier plus facilement le guide, mais aussi ce concept qui peut sembler nébuleux au premier abord²

« La littéra... quoi ? »

« *Il n'y a pas une faute dans ce mot ?* », voilà une question qu'il n'est pas rare d'entendre lorsque nous distribuons le guide d'animation à nos relais. Si certains professionnels ne connaissent pas l'expression 'littératie en santé', ils se

rendent rapidement compte qu'elle recouvre une réalité familière.

D'autres ont déjà entendu ce mot et souhaitent en savoir plus, c'est ce qui les pousse notamment à s'inscrire à nos ateliers : « *J'ai eu l'occasion d'entendre parler de la littératie en*

santé dans ma formation d'assistante sociale.

L'approche était très théorique, on n'a pas reçu d'outils concrets pour savoir comment faire dans la pratique. C'est ce que j'espère trouver dans cet atelier.

Nous commençons l'atelier en demandant

1. Par professionnels-relais nous entendons les travailleurs ou les bénévoles intervenant directement auprès de groupes d'adultes dans les secteurs de l'insertion socioprofessionnelle, de l'éducation permanente, de l'alphabétisation, de l'aide sociale et des soins de santé, notamment, et à qui nous venons en soutien à travers nos activités.

2. Nous remercions Chantal Vandoorne (APES ULg) pour sa relecture avisée de cet article et le partage de ses réflexions qui l'ont alimenté.

aux participants s'ils ont déjà rencontré des difficultés pour trouver et comprendre une information qui serait favorable à leur santé. La réponse affirmative est unanime et les exemples donnés sont nombreux et variés : des difficultés pour comprendre le système de sécurité sociale belge quand on vient de France, pour se départouiller entre les informations contradictoires que l'on reçoit de la part de professionnels de santé, pour déchiffrer les remboursements auxquels on a droit, pour comprendre les infos par téléphone quand le français n'est pas notre langue maternelle, pour faire face à la brutalité des informations transmises, pour trouver une information fiable sur le net...

La littératie en santé est définie comme la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage, dans divers milieux, au cours de la vie³. Par 'capacité'⁴, nous entendons, par exemple, lire, écrire et calculer, mais aussi communiquer, résoudre des problèmes, évaluer les renseignements trouvés, appliquer une information en fonction de sa réalité quotidienne...

Les exemples cités par les participants de l'atelier illustrent bien cette multitude de capacités dont il est question. Lorsque nous les décortiquons, ces exemples révèlent que ces capacités personnelles s'inscrivent en réalité dans des contextes marqués par la profusion d'informations disponibles sur la santé et leurs éventuelles contradictions⁵, par la complexité même des systèmes sociaux et de santé, par les possibilités parfois limitées de choix...

Voyons voir ce qui se passe dans la suite de l'atelier. Ce petit exercice qui consiste à mettre ses difficultés personnelles sur la table permet de se rendre compte que la littératie en santé concerne tout le monde. Toutefois, nous ne sommes pas égaux face au développement et à l'exercice de ces capacités. Les personnes peu scolarisées, en situation de précarité, âgées ou immigrées sont davantage concernées par

ces difficultés⁶. Cette distribution inégale de la littératie en santé fournit une part de l'explication des écarts de santé qui existent entre les groupes sociaux. En effet, des chercheurs observent, par exemple, parmi ces populations, une moins grande participation aux activités de prévention telles que les dépistages, un nombre accru d'hospitalisations, une moindre confiance dans leurs choix⁷...

Les discussions qui se poursuivent avec les participants s'orientent vers les enjeux d'équité et de justice sociale que soulève la littératie en santé. À ce stade de l'atelier, nous convenons qu'elle est un levier possible pour promouvoir et améliorer la santé de toutes et tous et ainsi atténuer l'influence des inégalités sociales de santé.

Un regard 'promotion de la santé'

Lorsque Cultures&Santé s'est intéressée au concept de littératie en santé, elle l'a fait en l'analysant à travers ses lunettes 'promotion de

la santé'. Celles-ci ont permis de formuler des pistes d'action qui s'inscrivent réellement dans une perspective de promotion de la santé et de souligner certains éléments-clés propres au concept qui font sens dans notre champ d'action. Premièrement, la promotion de la santé repose sur une **vision multifactorielle de la santé** qui prend en compte tous les facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé. La santé ne se joue pas uniquement dans le secteur des soins. Suivant cette approche, nous considérons que la littératie en santé concerne toute information ayant un impact sur la santé ou le bien-être. C'est-à-dire aussi bien les informations portant sur les soins de santé que celles portant sur les facteurs de risque ou sur les liens entre la santé et les déterminants sociaux (le logement, l'école, les droits...). En élargissant ainsi le type d'information visé par la littératie en santé, nous sortons de la sphère purement médicale et nous élargissons le spectre d'acteurs pouvant agir en sa faveur (acteurs du logement, associations

Guide d'animation 'La littératie en santé, d'un concept à la pratique'

Quelques repères

- Littéra... quoi ?
- Notre approche
- L'influence du niveau de littératie en santé d'une personne sur son état de santé
- Les facteurs qui influencent le niveau de littératie en santé d'une personne
- Un levier pour plus d'équité en santé
- Quelques chiffres
- Agir à plusieurs niveaux

Pistes d'animation

- Préalables
- 11 pistes d'animation pour construire des ateliers sur la littératie en santé
 - La santé c'est aussi
 - L'information pour la santé, c'est quoi ?

- Ils l'ont dit
- Trouver et comprendre des informations : leviers et freins
- Les sources de l'information pour la santé
- Un bon support d'information pour la santé, c'est quoi ?
- Les messages santé véhiculés dans la presse
- Les informations pour la santé sur la toile en débat
- Mettre en application une information pour la santé
- Communiquer avec un professionnel médical
- Créer ou adapter un support d'information pour la santé
- L'évaluation
- Boîte à outils
- Bibliographie

3. Il existe de nombreuses définitions de ce concept. Celle que nous proposons est largement inspirée de la définition du Groupe canadien d'experts sur la littératie en santé : Rootman I. & Gordon-Elhibbety D., Vision d'une culture de la santé au Canada : Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 2008, p. 13.

4. Nous avons choisi d'utiliser le terme 'capacité' car c'est celui utilisé dans la plupart des définitions de la littératie en santé. Toutefois, le terme de 'compétence' pourrait être mieux approprié car il désigne l'action de mobiliser des savoirs, d'exercer des opérations en lien avec un contexte particulier.

5. Selon les émetteurs d'une information-santé, les objectifs poursuivis (informer, vendre, conseiller) ne sont pas les mêmes et peuvent même s'opposer. Citons par exemple les arguments santé qui sont utilisés dans les publicités pour faire vendre certains produits.

6. C'est dans les catégories de populations les plus défavorisées socioéconomiquement que l'on rencontre les niveaux de littératie en santé les plus faibles (Van Den Broucke S. & Renwart A., La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé, Louvain-la-Neuve, UCL, 2014, p. 5). L'enquête européenne (2012) a montré que la littératie en santé suit un gradient social concernant l'éducation : elle augmente avec le niveau d'éducation (Kickbush I., Jürgen M. & alii, Health literacy. The solid facts, Copenhagen, OMS, 2013, p. 7).

7. Kickbush I., Jürgen M. & alii, Health literacy. The solid facts, Copenhagen, WHO, 2013, p.7.

de patients, médias, maisons communautaires, universités, enseignants, élus, mutuelles...).

La littératie en santé n'est pas réservée aux seuls professionnels des soins de santé.

Deuxièmement, notre attention s'est portée sur **'l'application de l'information'**, la quatrième dimension de la littératie en santé telle qu'elle a été définie plus haut. Celle-ci rappelle que l'information, si elle est accessible et compréhensible, n'est pas pour autant facile à mettre en œuvre et que cela dépendra fortement de l'histoire et des conditions de vie de la personne. En termes de pistes d'action, cela passe par la création d'environnements plus favorables à l'exercice des capacités individuelles et par un accompagnement des personnes dans l'application des informations diffusées en prenant en compte leur situation, leur parcours de vie mais aussi leur choix personnel.

Cette attention portée sur le contexte de vie des personnes permet de contrer le risque – parfois présent dans certaines conceptions de la littératie en santé – de se centrer exclusivement sur les comportements individuels, que ce soient ceux des personnes à appréhender l'information de manière attendue ou ceux des professionnels à bien communiquer.

Troisièmement, en tant qu'acteurs de promotion de la santé, nous travaillons souvent avec des groupes d'adultes. Il nous est donc apparu nécessaire d'imaginer **une approche collective de la littératie en santé**⁸.



Travailler la littératie en santé avec un groupe, c'est aller au-delà de la seule transmission d'informations 'santé'. C'est renforcer les capacités des personnes à se saisir de ces informations et à porter une réflexion sur celles-ci en les reliant au contexte dans lequel nous vivons. Cela passe notamment par des projets collectifs spécifiques (par exemple l'adaptation par un groupe de citoyennes d'une brochure d'information en langage clair sur base de leurs préoccupations).

Travailler la littératie en santé avec un groupe c'est aussi réfléchir ensemble aux conditions et

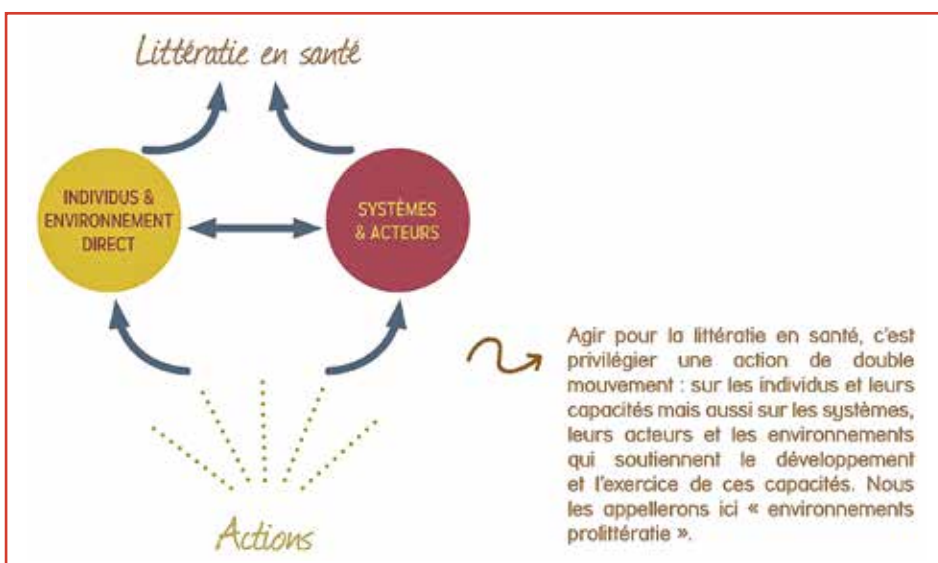
aux environnements qui facilitent l'application d'une information et pourquoi pas, à les modifier (par exemple en participant à la réflexion d'un hôpital qui souhaite devenir 'prolittératie'⁹ ou en sensibilisant les commerces d'un quartier au diabète de type 2, pour qu'ils adaptent leur offre).

Nous rejoignons ici le courant de 'l'alphabétisation-conscientisation' issu principalement des travaux de **Paulo Freire**¹⁰ qui vise la libération de la personne et son épanouissement en s'appuyant sur ses ressources propres et en s'engageant dans la transformation de la réalité matérielle et sociale environnante.

Fidèle aux démarches de promotion de la santé, cette approche de la littératie en santé vise, dès lors, le renforcement du pouvoir d'agir des personnes sur leur santé, autrement dit *l'empowerment* et poursuit comme objectif un changement social.

De l'utilité de parler de la littératie en santé...

La littératie en santé fait l'objet d'un intérêt croissant. C'est pourtant un concept qui peut faire peur à certains : « On en entend beaucoup parler mais parfois on a l'impression que c'est un langage d'initiés et que ça ne s'adresse pas à nous ». On peut donc pertinemment s'interroger sur l'utilité d'y faire référence. Néanmoins, c'est



Agir pour la littératie en santé, c'est privilégier une action de double mouvement : sur les individus et leurs capacités mais aussi sur les systèmes, leurs acteurs et les environnements qui soutiennent le développement et l'exercice de ces capacités. Nous les appellerons ici « environnements prolittératie ».

Schéma tiré du guide d'animation 'La littératie en santé : d'un concept à la pratique', Cultures&Santé, 2016, p. 24.

⁸ Jusqu'à présent, dans la littérature, la littératie en santé est souvent abordée sous le prisme de la relation interindividuelle.

⁹ Un environnement prolittératie est un environnement favorable à la littératie en santé qui soutient le développement et la mise en application des capacités de littératie en santé. Le terme a été trouvé dans : Lemieux V., Pour qu'on se comprenne. Guide de littératie en santé, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014, p. 7.

¹⁰ Pédagogue brésilien, Paulo Freire est surtout connu pour ses efforts d'alphabétisation visant les personnes adultes de milieux pauvres, une alphabétisation militante, conçue comme un moyen de lutter contre l'oppression. Plus d'information sur l'alphabétisation-conscientisation dans le Focus Santé 'Alphabétisation et santé', Cultures&Santé, 2012.

aussi un concept intrigant qui pousse certains professionnels-relais à s'inscrire à nos ateliers ou à commander le guide. Nous observons également que ces personnes trouvent des éléments de réponse dans ce concept, leur permettant d'interroger leurs pratiques et de les faire évoluer.

... aux dangers de sa récupération

Actuellement, des voix s'élèvent pour mettre en garde contre les dérives et les dangers de l'utilisation à tout va de ce concept. La littératie en santé bénéficie d'une forte visibilité, d'un effet de mode pourrions-nous dire.

Cela pousse de plus en plus d'acteurs (élus, professionnels de santé, chercheurs ou acteurs de l'industrie pharmaceutique) à s'y référer mais parfois dans une acception très (voire trop) étroite. Selon cette acception, elle vise uniquement le renforcement des capacités

individuelles en vue d'adopter mécaniquement les comportements de santé attendus, c'est-à-dire sans prendre en compte l'environnement qui sous-tend ces capacités.

Cette vision étroite est dangereuse à plusieurs égards. D'abord, parce qu'en centrant les efforts et les actions uniquement sur les individus, elle déresponsabilise l'action publique et désinvestit les changements structurels qui sont, il est vrai, plus difficiles à mettre en œuvre. Ensuite, parce que l'amélioration du niveau de littératie en santé des personnes vise, pour ces acteurs, une plus grande compliance¹¹ à un traitement et correspond à une vision médicale de gestion de la maladie et des risques. Cette approche de la littératie en santé et donc de la santé 'médicale' se fait beaucoup entendre et gagne en visibilité, ce qui a pour effet d'occulter d'autres approches plus complexes.

En conclusion, la littératie en santé n'a pas fini de faire parler d'elle et est plus que jamais sous le feu des projecteurs. Bien entendu, cette visibilité ne doit pas se faire au détriment de celle d'autres actions complémentaires et plus structurelles. Pour Cultures&Santé, elle est un levier de promotion de la santé parmi d'autres et permet justement, à travers la porte d'entrée « information », d'agir avec les personnes sur une multitude de déterminants de santé. Nous profitons donc de ces dernières lignes et de l'intérêt qui aura amené le lecteur à parcourir cet article pour énoncer quelques exemples de pistes d'actions en matière de littératie en santé : rendre les institutions 'prolittératie', former les professionnels à la communication claire, développer des supports d'information simples et visuels, lutter contre la pollution informationnelle qui occulte l'information de qualité, investir dans les formations d'alphabétisation et de français... Mais aussi, continuer à investir dans l'amélioration des conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, travaillent, vieillissent...

Sur la littératie en santé dans Éducation Santé

■ Gérer sa santé : rêve ou réalité ?, C. De Bock, n° 325, septembre 2016, <http://educationsante.be/article/gerer-sa-sante-reve-ou-realite/>

■ Bilan des connaissances des Belges en matière de santé, H. Avalosse, n° 315, octobre 2015, <http://educationsante.be/article/bilan-des-connaissances-des-belges-en-matiere-de-sante/>

■ La littératie en santé, P. Dupuis, n° 309,

mars 2015, <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

■ Un regard d'intervenants sur les indicateurs de performance en promotion de la santé, Centres locaux de promotion de la santé, n° 307, janvier 2015, <http://educationsante.be/article/un-regard-d-intervenants-sur-les-indicateurs-de-performance-en-promotion-de-la-sante/>

Comment se procurer le guide 'La littératie en santé : d'un concept à la pratique' ?
En le téléchargeant sur le site internet de Cultures&Santé : www.cultures-sante.be.
En le commandant gratuitement en version papier auprès du centre de documentation : 02 558 88 11 ou par courriel à cdoc@cultures-sante.be.
En participant à des ateliers d'échanges sur ce thème, organisés tout au long de l'année à Bruxelles et en Wallonie. Voir <http://cultures-sante.be/accompagnement/agenda-de-l-asbl.html>

¹¹ Par compliance, nous entendons le fait de suivre scrupuleusement le traitement ou des recommandations médicales.

OUTILS

Parole donnée

Description

Matériel

Sur une clé USB :

– Fiche technique

– Film (33 minutes), réalisé en 2013 par Vincent Litt et Philippe Jadot

– Guide d'animation, mars 2016 (dossier de 43 pages)

– Formulaire d'évaluation

Concept

Le film présente les témoignages de patients et médecins généralistes qui évoquent leurs

vécus quant à la précarité et la relation patient-médecin. Il consiste en une brève introduction sur le sujet avant de laisser la place aux témoignages (25 minutes) suivis de propositions de pistes de réflexion pour animer un débat.

Le guide d'animation est divisé en 3 parties :
– contenu pour nourrir l'animation et le débat :

la grande pauvreté, difficultés rencontrées par les médecins généralistes en contact avec les personnes issues de ces milieux, paroles des plus pauvres, relation de confiance, rapports au monde ;

- proposition de trame d'animation et pistes de réflexion pour le débat ;
- références.

Une fiche d'évaluation accompagne le guide : 5 questions à remplir après l'animation (5 minutes).

Public cible

Animateurs pour des groupes d'intervenants qui interagissent avec des populations précarisées. Parmi ces intervenants, un focus est mis sur les médecins généralistes, public ciblé par Promo Santé & Médecine Générale (PSMG).

Objectifs

Du kit : encourager le développement d'animations/sensibilisations sur le thème de la relation de confiance avec les usagers issus de milieux précarisés.

De l'animation : être capable de se décentrer par rapport au souci de bien faire, à nos jugements et à notre propre relation au monde.

Conseils d'utilisation

Nombre d'animateurs et de participants : 1 à 2 animateur(s) et de 5 à 20 participants par séance d'animation

Temps d'utilisation : prévoir une séance d'au moins 1 h 30.

Matériel nécessaire :

- système de projection compatible avec un support USB (ordinateur, projecteur, écran...)
- système audio
- flipchart et marqueurs/bics
- document d'évaluation

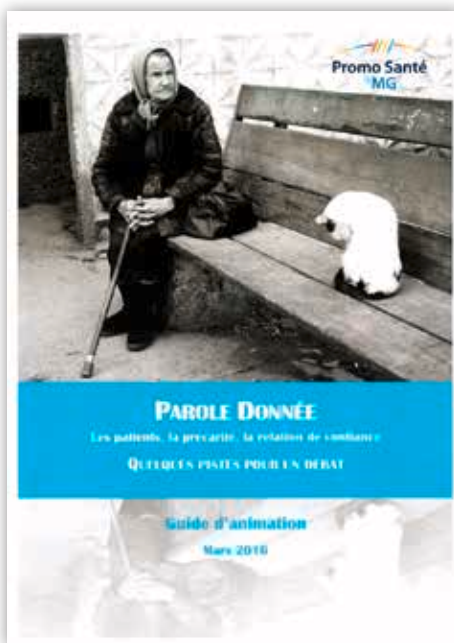
Déroulement de l'animation :

L'animateur aura préalablement préparé la séance à l'aide du guide d'animation.

La trame suivante est proposée :

- introduction, cadrage de l'animation
- questionnement
- exposé clarificateur sur la vision du monde
- projection du film de témoignages *Parole donnée*
- débat et retour sur les questions de départ
- évaluation/conclusion.

En fin de séance, l'animateur complètera la fiche d'évaluation qu'il transmettra à PSMG.



Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Promo Santé & Médecine Générale asbl, c/o SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles, Belgique. Tél. : +32 (0)2 501 60 17. Courriel : coordination@promosante-mg.be. Site : <http://www.promosante-mg.be>.

L'avis de PIPsa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPsa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2016.

Appréciation globale

Parole donnée et son guide d'animation proposent aux médecins généralistes (MG) d'engager une réflexion sur leur posture dans leur relation avec leur patientèle en situation de pauvreté.

Unique en son genre, en lien avec les questions actuelles liées aux déterminants de la santé et les inégalités sociales, il prend une place très pertinente dans le paysage des outils, et ce d'autant qu'il est entièrement gratuit.

Le film, sobre et de qualité professionnelle, témoigne de la rencontre entre deux mondes : la personne en situation de précarité et le MG. Respectueux, non misérabiliste, il offre un espace de parole aux personnes en situation de pauvreté dans une logique d'empowerment – patient expert. Proche du vécu, il propose une alternance de témoignages réalistes de patients variés (âge et genre) et de médecins, qui 'parlent de l'autre' et de leur vie.

On n'y voit toutefois pas de médecin dans une situation réelle de consultation. Un partenariat plus étroit avec les spécialistes de la pauvreté et des experts du vécu aurait sans doute atténué

l'impression parfois 'top-down' du discours. Le guide d'animation propose aux médecins d'adopter une démarche anthropologique et interculturelle 'entre Belges' afin de se décentrer, de prendre conscience de ses représentations et de son rapport au monde avant de rejoindre le patient dans son vécu et ses préoccupations. Il l'invite à aller voir en lui-même ses propres préjugés et stéréotypes, questionner 'l'être' plutôt que fuir dans le 'faire' d'une analyse de vignette clinique.

Si à première vue le dossier qui introduit la thématique semble très théorique, les pistes d'animation proposées par la suite s'ancrent dans la réalité des pratiques/questions médicales et fournissent un séquençage opérationnel des différentes phases d'animation.

Ce guide d'animation pourrait même 'vivre sa vie', indépendamment du film, dans la mesure où il offre un regard sur la grande précarité, les représentations que l'on peut en avoir, à la façon de se 'décentrer'.

Le promoteur a prévu une fiche d'évaluation qui porte sur l'usage de l'outil, pas sur son impact. Une structuration du film par chapitres aurait été intéressante, afin de séquencer l'utilisation en cohérence avec les différents éléments évoqués dans le dossier.

Encore plus que pour les autres outils, l'utilisateur doit être formé/chevronné par rapport à la problématique de la précarité et à la pédagogie de la décentration. À la 'bonne volonté' et/ou la motivation doivent s'ajouter préparation et appropriation (une demi-journée semble un minimum).

Objectifs

- Prendre conscience de la différence de rapport au monde entre le médecin et le patient précarisé
- Se décentrer par rapport à sa propre relation au monde

Public cible

Médecins, futurs médecins.

Réserves

L'animateur doit être formé/chevronné par rapport à la problématique de la précarité.

Utilisation conseillée

Lire le dossier (pour se sensibiliser à la matière) avant de visionner le film.

Ne pas utiliser le film sans débat.

LU POUR VOUS

La santé sous la loupe de l'OCDE

Pascale Dupuis

Qui n'a pas entendu parler de PISA, l'enquête qui évalue tous les trois ans les élèves des 35 pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) ? Les résultats très mitigés des jeunes francophones de Belgique ont une nouvelle fois été mis en avant il y a quelques mois.

En matière de santé aussi, l'OCDE recueille des données, les analyse et compare les performances des pays qui la constituent. Selon les domaines, la Belgique fait figure de bon ou de mauvais élève.

Comme son nom ne l'indique pas, l'OCDE a pour mission de promouvoir les politiques qui améliorent non seulement le bien-être économique, mais également le bien-être social. Depuis 1961, la croissance économique, la stabilité financière et le développement des marchés et des entreprises sont au cœur de sa mission. Aujourd'hui, en collaboration avec ses 35 pays membres et de nombreux partenaires, l'OCDE remplit une fonction d'analyse, de comparaison de données ainsi que d'établissement de normes internationales dans de multiples domaines qui influencent de près ou de loin le développement économique. C'est notamment le cas de l'enseignement ou de la santé.

Car si le facteur économique est un déterminant de la santé, l'inverse n'est pas moins vrai. L'OCDE tire de son travail d'analyse des publications qui sont des mines d'informations sur l'état de la santé dans le monde et sur ses déterminants. Pointons-en deux, parues en 2015 : le rapport *Comment va la vie ?* et le *Panorama de la santé*.

Le bien-être découpé en facteurs

Le rapport *Comment va la vie ?*, dont la troisième édition a donc été publiée en 2015, décrit un large panel de facteurs influençant le bien-être des citoyens des pays membres et partenaires de l'OCDE. Tentant de faire honneur au caractère multifactoriel du bien-être, les auteurs ont analysé des indicateurs relevant de onze dimensions de la vie. Le rapport expose ainsi des données portant à la fois sur le bien-être matériel (revenus, emploi, logement) et sur la qualité de la vie au sens large (santé, éducation, équilibre entre travail et vie privée, environnement, liens sociaux, engagement civique, bien-être

subjectif et sécurité). Par rapport aux éditions précédentes, celle-ci apporte des éclairages nouveaux : le bien-être des enfants, l'évolution de certaines ressources susceptibles de préserver le bien-être dans le temps, le bénévolat et le bien-être dans les régions.

Les 35 pays membres de l'OCDE

Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Lettonie, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République slovaque, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse et Turquie.

Comment va la vie dans l'OCDE ?

Le rapport révèle sans grande surprise que si l'habitant moyen de l'OCDE vit mieux aujourd'hui qu'en 2009, de grandes variations sont observables selon les pays et selon les indicateurs.

Au chapitre des progrès, dans la plupart des pays, les revenus ont légèrement augmenté par rapport au niveau atteint pendant la crise, le pourcentage d'individus détenant un diplôme du deuxième cycle du secondaire a connu une hausse et l'espérance de vie a progressé.

Les résultats sont moins encourageants si l'on observe le taux de chômage de longue durée, la durée du travail ou encore la participation électorale. Comme souvent, les pays nordiques

se démarquent avec de faibles inégalités de revenus et des écarts très limités dans les différents aspects de la qualité de vie. Il faut cependant garder une réserve à propos de la comparabilité des données nationales. Celles-ci dépendent toujours des techniques statistiques utilisées et de la définition des phénomènes observés, qui peut varier suivant les pays. Ces limites invitent à considérer les comparaisons internationales avec précaution.

Bons et mauvais points de la Belgique

Cela étant dit, quelle est la place de la Belgique par rapport à la moyenne des autres pays de l'OCDE ? Commençons par les mauvaises nouvelles. La Belgique présente des résultats inférieurs aux moyennes OCDE dans plusieurs domaines : la proportion de population ayant atteint le deuxième cycle de l'enseignement secondaire (72 % contre 75 % en moyenne dans l'OCDE), la qualité de l'air dans les grands centres urbains, la sécurité, le taux d'emploi (plus bas) et le taux de chômage de longue durée (plus haut). Ainsi, 62 % des citoyens de 15 à 64 ans occupent un emploi contre 65 % en moyenne dans l'OCDE. Par ailleurs, le rapport confirme – s'il le fallait encore – les inégalités économiques importantes dans la population, calculant que les 20 % les plus aisés touchent environ quatre fois le montant perçu par les 20 % les plus modestes.

Heureusement, nous tirons aussi la moyenne OCDE vers le haut dans certains domaines : notre salaire moyen, le patrimoine financier des ménages, le temps de loisirs, le nombre moyen de pièces par personne dans les logements, la qualité de l'eau, l'espérance de vie ou encore le taux de participation aux élections.

Par exemple, l'espérance de vie à la naissance est de 81 ans (83 ans pour les femmes et 78 pour les hommes), soit un an de plus que la moyenne de l'OCDE.

En ce qui concerne le taux de participation électorale, notre score de 89 % est certes élevé en comparaison avec le taux moyen de 68 % de l'OCDE, mais il serait erroné de l'attribuer à un fort engagement politique, étant donné le caractère obligatoire du vote en Belgique. Une autre donnée indique d'ailleurs qu'à peine 72,4 % des jeunes Belges de 14 ans déclarent avoir l'intention de voter à l'âge adulte, ce qui est l'un des pourcentages les plus faibles de la zone OCDE.

Certains résultats positifs méritent d'être soulignés : 94 % d'entre nous pensent connaître quelqu'un sur qui compter en cas de besoin, contre 88 % en moyenne dans l'OCDE. De plus, sur une échelle de 1 à 10, les Belges évaluent à 7,3 leur niveau global de satisfaction à l'égard de la vie, alors que la moyenne OCDE est de 6,6. Enfin, 74 % des Belges s'estiment en bonne santé, tandis que le pourcentage moyen de l'OCDE est de 69 %.

Bref, le Belge se sent mieux entouré, en meilleure santé et plus satisfait de sa vie que les citoyens des autres pays...

Focus sur les régions

Des données nationales sont utiles aux comparaisons internationales. Cependant, celles-ci ne permettent pas de comprendre la réalité des conditions de vie, surtout lorsque les écarts par rapport aux moyennes nationales sont importants.

Au sein des pays, il existe en effet de grandes disparités régionales dans tous les domaines observés, qui se répercutent sur le bien-être. Afin de pallier ce manque, l'OCDE a entrepris d'affiner son analyse en relevant des mesures dans 362 grandes régions, dont les trois régions belges. Les résultats indiquent que les inégalités de revenu sont assez faibles entre Wallonie, Flandre et Bruxelles-Capitale (par rapport à d'autres pays de l'OCDE), tout comme les inégalités dans les niveaux d'étude.

D'autres écarts sont en revanche plus marqués : le taux de chômage est de 5,1 % en Flandre et de 18,3 % dans la région de Bruxelles-Capitale, ce qui représente l'un des écarts les plus importants de la zone OCDE.



Ou encore, les ménages qui disposent d'un revenu inférieur à 50 % du revenu belge médian sont 5,6 % en Flandre, contre 22,1 % à Bruxelles.

Les enfants, notre avenir

Les résultats scolaires des jeunes Belges ne sont pas fameux, mais encore ? Notons que 19 % des enfants belges estiment que leur état de santé est moyen ou médiocre, contre 13,6 % en moyenne dans l'OCDE¹. Sur le plan matériel, le constat est également préoccupant : 12,6 % d'entre eux – soit un enfant sur huit – vivent dans un ménage sans adulte occupant un emploi, ce qui représente à nouveau l'un des pourcentages les plus élevés de l'OCDE.

En ce qui concerne leurs relations interpersonnelles, les adolescents belges sont moins susceptibles de communiquer facilement avec leurs parents et passent moins de temps avec eux qu'en moyenne dans l'OCDE. En outre, 16,5 % des enfants – un sur six – déclarent

avoir subi des brimades² au moins deux fois au cours des deux derniers mois, ce qui place la Belgique au troisième rang des pays membres. Néanmoins, les élèves belges sont 75 % à penser que la plupart de leurs camarades de classe sont gentils et serviables, contre 68,2 % en moyenne dans l'OCDE.

Le plus interpellant, ce sont est les inégalités socioéconomiques qui frappent les enfants. Elles dépendent de celles que vivent leurs parents... et préparent celles qu'ils vivront adultes. L'origine familiale augmente ou diminue les risques : naissez dans une famille aisée et vous aurez une meilleure santé que la moyenne, vous entretiendrez de meilleures relations avec vos parents et avec les autres enfants, vous développerez plus de compétences et un engagement citoyen plus fort, vous serez moins exposés au harcèlement et vous éprouverez un sentiment d'appartenance plus fort envers l'école.

Si les revenus de vos parents sont plus modestes, vous trouverez les autres enfants moins gentils et serviables et vous serez plus susceptibles d'être victimes de brimades à l'école. En plus d'avoir de moins bonnes compétences en compréhension de l'écrit et en résolution de problèmes, vous serez moins satisfaits de votre vie, vous communiquerez moins bien avec vos parents et vous aurez moins l'intention de voter lors des élections à l'âge adulte. Il ne s'agit bien sûr pas de prédictions mais de probabilités. Ce n'en est pas moins profondément injuste... (Voir tableau de la page suivante)

Performances des systèmes de santé

Une autre publication de l'OCDE, le *Panorama de la santé*, s'intéresse également à la santé et



1. Ce qui est en opposition avec les réponses données par le reste de la population.

2. Selon la définition utilisée, un élève est victime de brimades lorsque d'autres élèves ont des paroles ou des actes méchants ou désagréables à son égard ou s'il est volontairement exclu des activités de manière récurrente.

à ses déterminants, en braquant notamment le projecteur sur les performances des systèmes de santé. Quelques observations choisies parmi l'avalanche de données disponibles :

– Le nombre de médecins et d'infirmiers n'a jamais été aussi élevé dans l'OCDE. Néanmoins, les spécialistes étant plus de deux fois plus nombreux que les généralistes, l'accès aux soins primaires n'est pas garanti pour tous.

– Les dépenses de santé à charge des patients représentent des obstacles à l'accès aux soins. La proportion de la facture assumée par les patients varie fortement suivant les pays mais en moyenne, les ménages à faible revenu sont quatre à six fois plus susceptibles de renoncer à des soins pour des raisons financières que les ménages plus aisés.

– En une dizaine d'années, le diagnostic et le

traitement de plusieurs maladies et problèmes de santé mortels se sont améliorés : accident vasculaire cérébral, crise cardiaque, cancer... De même, les maladies chroniques semblent être mieux prises en charge et nécessiter moins d'hospitalisations évitables. Néanmoins, certains pays de l'OCDE affichent des résultats moins positifs.

– Les dépenses pour des médicaments représentent 20 % de frais de santé en moyenne et augmentent spécialement en milieu hospitalier. Certains pays prescrivent jusqu'à quatre fois plus d'antibiotiques que d'autres.

Le bien-être des enfants en Belgique		
Classement de la Belgique comparativement aux autres pays de l'OCDE		
● tiers supérieur ● tiers intermédiaire ● tiers inférieur		
Revenu et patrimoine	Revenu disponible des ménages avec enfants	●
	Pauvreté monétaire des enfants	●
Emplois et salaires	Enfants vivant dans des ménages sans emploi	●
	Enfants ayant un parent chômeur de longue durée	●
Conditions de logement	Nombre moyen de pièces par enfant	●
	Enfants vivant dans un logement dépourvu d'équipements sanitaires de base	●
Qualité de l'environnement	Enfants vivant dans de mauvaises conditions environnementales	●
État de santé	Mortalité infantile	●
	Insuffisance pondérale à la naissance	●
	État de santé autodéclaré	●
	Surpoids et obésité	●
	Taux de suicide des adolescents	●
Éducation et compétences	Taux de natalité des adolescentes	●
	Résultats des élèves de 15 ans en compréhension de l'écrit (PISA)	●
	Résultats des élèves de 15 ans en résolution de problèmes créative (PISA)	●
	Jeunes ni en emploi, ni scolarisés, ni en formation	●
Engagement civique	Dénuement éducatif	●
	Intention de voter	●
Environnement social et familial	Participation civique	●
	Enfants ne rencontrant pas de difficultés dans la communication avec leurs parents	●
	Élèves trouvant leurs camarades de classe gentils	●
	Élèves se sentant stressés du fait du travail scolaire	●
	Élèves aimant l'école	●
	Sentiment d'appartenance à l'école chez les élèves de 15 ans (PISA)	●
	Temps passé avec les parents	●
Sécurité personnelle	Taux d'homicide des enfants	●
	Brimades	●
Bien-être subjectif	Satisfaction à l'égard de l'existence	●

Source : OCDE (2016), *Comment va la vie en Belgique ?*, <http://www.oecd.org/fr/statistiques/comment-va-la-vie-23089695.htm>

3 <https://www.oecd.org/fr/sante/une-nouvelle-approche-s-impose-face-a-la-hausse-des-prix-des-medicaments.htm>

4 <http://www.oecd.org/fr/sante/ministerielle/declaration-ministerielle-2017.pdf>

Constater n'est qu'un premier pas vers le changement. Pour aller plus loin, l'OCDE a récemment pris position³ sur la hausse des prix des médicaments ainsi que sur la trop lente évolution des services de santé pour faire face à l'augmentation des maladies chroniques. Par ailleurs, le 17 janvier 2017, les représentants des pays membres et partenaires ont produit ensemble une déclaration ministérielle de 19 pages⁴. Cette déclaration engage les pays à promouvoir des systèmes de santé de qualité pour tous, à adapter ceux-ci aux nouvelles technologies et à l'innovation, à les recentrer sur la personne et à encourager le dialogue et la coopération internationale. La prochaine réunion des ministres de la santé de l'OCDE, prévue dans cinq à six ans, sera certainement l'occasion de faire le point sur les avancées effectives.

Sources

- OCDE (2016), *Comment va la vie ? 2015* : Mesurer le bien-être, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/how_life-2015-fr
- OCDE (2015), *Comment va la vie en Belgique ?*, Éditions OCDE, Paris. <https://www.oecd.org/fr/statistiques/Better-Life-Initiative-country-note-Belgium-en-fran%C3%A7ais.pdf>
- Description de la Belgique par l'OCDE : <http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/belgique-fr/>
- OCDE (2015), *Panorama de la santé 2015* : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr

De quoi rêve-t-on pour ses vieux jours ?

Laurence Côte, Question Santé

Le plus souvent, lorsqu'on évoque le lieu de vie des personnes âgées, on oppose domicile et maison de repos. Cette représentation binaire de l'évolution des phases de vie et des lieux de vie – la vie active et celle en perte d'autonomie – est remise en question par les professionnels de la santé et du vieillissement qui rappellent la diversité des attentes et des besoins des personnes.

Le service d'éducation permanente de Question Santé publie 'Paroles sur... De quoi rêve-t-on pour ses vieux jours ?', une brochure pour penser aux jours à venir autrement et sous un autre angle.

Les espaces de vie des aînés en quelques chiffres

Des études se sont intéressées aux desiderata des adultes et des aînés quant à leurs dispositions concernant la vieillesse. Sans surprise, on sait qu'une majorité de personnes souhaite vieillir chez soi, en restant le plus autonome possible. À défaut, l'entrée en maison de repos est la première alternative citée. Actuellement, 45 % des 80 ans et plus vivent dans une de ces institutions.

Selon une analyse datant de 2011, même si une personne sur deux déclare ne pas choisir elle-même sa maison de repos, 85 % des résidents se disent satisfaits de leur situation. Ils se sentent davantage 'chez eux' quand ils participent à la sélection de l'établissement. De même si leur lieu de vie leur offre la possibilité de s'impliquer dans des tâches concrètes et utiles.

La maison de repos, un choix par défaut ?

La décision de rejoindre une institution se base rarement sur le projet de vie proposé ; les professionnels en sont bien conscients. Ils s'interrogent sur l'attitude globale des personnes âgées dans leur volonté d'être acteurs de leur vie. Parfois, face à certains choix de vie – dont celui d'entrer en institution –, la personne âgée pense davantage à ses proches qu'à elle-même. De même, la famille pousse souvent à prendre cette décision, jugée 'raisonnable'. Derrière les choix de lieux de vie, derrière les décisions, ce sont des questions de valeurs qui se posent. Elles renvoient, en tout ou en partie, aux notions d'autonomie, d'intimité, de respect, de liens affectifs. Les professionnels parlent de la nécessité de proposer des choix aux personnes vieillissantes. Des options qui correspondent



Photo © Fotolia

à leurs différentes évolutions, aux différentes phases de leur vieillesse et à leurs valeurs.

La prise de risque : interdite aux aînés ?

L'autre regard porté par les soignants concerne une problématique souvent délaissée, sinon taboue : celle des risques que l'on est prêt à laisser prendre ou non aux aînés, sous prétexte du 'principe de précaution'. Cette préoccupation, souvent exacerbée par la crainte de procès ou de plaintes, d'aller vers une absence de tout risque se dissimule parfois sous le mot 'responsabilité'. L'objectif qui consiste à garder la personne âgée dans le meilleur état physique possible a cependant une limite et peut dissimuler l'absence de tout autre projet et/ou de moyens permettant aux personnes âgées de cultiver leur propre vie.

La maison de repos en réforme !

Est-ce à la personne âgée de s'adapter au projet de la maison de repos ? Ou bien l'inverse ? Imaginer des institutions différentes passe par une remise en cause de la formation des soignants. Selon les professionnels, il faudrait sortir d'une 'relation de pouvoir' pour aller vers un respect et une collaboration avec les personnes âgées. À travers leurs propos, ce qui

est souligné, c'est un manque de sensibilisation, d'information et de mobilisation concernant ces problématiques de lieux de fin de vie.

Répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées – et pour ce faire, être attentif à leur évolution, aux changements de leurs besoins et de leurs attentes : ne serait-ce pas l'une des clés qui mène à une retraite la plus heureuse possible, et sur le long terme ?

Autour de la thématique de l'habitat des personnes âgées

Pour prendre connaissance de cette nouvelle brochure, vous pouvez consulter le site www.questionsante.org/educationpermanente.

'De quoi rêve-t-on pour ses vieux jours ?'

est disponible gratuitement auprès de l'asbl Question Santé et peut être commandée par courrier Rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, par téléphone au +32 (0)2 512 41 74 ou par courriel à info@questionsante.org.

Le Centre Vidéo de Bruxelles et Question Santé, en partenariat avec 8 associations de terrain, ont lancé récemment www.queltoitpourdemain.be, un outil informatif, interactif et intergénérationnel destiné à informer le grand public des possibilités de logement qui s'offrent aujourd'hui aux personnes âgées.

VU POUR VOUS

Images mentales fait le neuf

Alain Cherbonnier

Du 15 au 17 février dernier, s'est déroulée la neuvième édition de ce festival du film sur les liens entre les arts et la santé mentale, la folie, la psychiatrie. Cette année, je fais « courts », puisque ce sont ceux qu'on a très peu de chances de voir ailleurs. Mais les voir tous est difficile et je n'ai trouvé personne pour me remplacer le vendredi matin. S'il y a dans le lectorat d'Éducation Santé un/e volontaire pour me seconder lors de la 10^e édition en 2018, merci de contacter la rédaction, qui fera suivre. (Je suis sérieux, hein !)

Avec *Jackson, je sauté pala fenêtre* (Belgique, 2015, 7'27), on est au Centre Sésame.

'Jackson' Ramanadovic dessine et peint au feutre, au couteau, au rouleau. C'est lui qui a choisi le dessin-titre du film. Un voix off – la sienne – commente les images, sans rapport direct avec ce que l'on voit à l'écran... sauf avec une gueule genre crocodile, hérissée de dents pointues. Les cadrages sont joyeusement insolites. Réalisant un travail au cours de sa formation à l'École de Recherche Graphique (Ixelles), **Lou Colpé** filme Jackson en action ; ils se sont mutuellement choisis.

Espace de travail artistique, de **Gérard Preszow** (Belgique, 2015, 38'), nous montre, sans intro ni commentaires, ce qui se passe et comment ça se passe dans un atelier d'arts plastiques : peinture sur toile, écriture, terre glaise, dessin, travail du tissu... On voit l'évolution des œuvres, l'interaction entre les artistes et les animateurs (eux-mêmes artistes, invités par le Créahm de Bruxelles) : l'accompagnement est très personnalisé.

« C'est plus une installation qu'un film, c'est destiné à tourner en boucle dans le cadre d'une expo » dira le réalisateur. Qui poursuit en évoquant Jean Dubuffet, l'art brut, le mythe de la création spontanée et, plus largement, le mythe occidental de l'artiste solitaire. On voit aujourd'hui, ajoute-t-il, que le travail en atelier donne des œuvres extrêmement variées, parfois très fortes et personnelles, mais qui n'auraient sans doute pas vu le jour sans un accompagnement rigoureux ; on commence à considérer que le travail en atelier est de la création artistique.

Interpellé, **Jean Florence**, psychanalyste, pose deux questions. D'abord, qu'est-ce qu'un regard et que crée-t-il ? Évoquant les regards croisés

des plasticiens et des vidéastes, il souligne à l'intention de ceux-ci qu'en leur présence et devant la caméra « quelque chose qui n'existerait pas » se produit. Seconde question : qu'est-ce qu'accompagner ? Ce n'est pas seulement du conseil ou de l'assistance techniques. Car l'artiste sait ce que c'est, rater, être dans le vide, mécontent de ce que l'on fait ; il peut donc accepter que quelque chose se passe sur le plan relationnel avec son 'élève'.

Cela m'a rappelé une expérience personnelle déjà ancienne : j'ai moi-même bénéficié, dans un autre domaine qu'artistique, de cette qualité d'accompagnement. Dont j'ai pu faire à mon tour bénéficier d'autres personnes en apprentissage, en recherche, en projet. Ce que j'appelle, au-delà des savoir-faire méthodologiques et pédagogiques, être présent pour la personne que l'on accompagne.

Frédéric Rolland, artiste et psychiatre, lève un lièvre de taille avec une autre question, volontairement provocatrice : à quoi ça sert tout ça ? Ces ateliers sont-ils rentables ? Non seulement psychosocialement, mais économiquement, puisqu'aujourd'hui les maîtres-mots sont productivité, efficacité, évaluabilité. Peut-on aller trouver les politiques avec ce type d'argument pour les convaincre de soutenir financièrement de tels ateliers ? Plus précisément, voyant que les films d'ateliers se multiplient¹, devraient-ils s'intégrer au marché de la production artistique ? Pour le dire crûment, faut-il les vendre ?

Flashback. Il y a quelques années, comme certains des courts métrages que je voyais au festival me plaisaient vraiment, j'ai demandé s'il serait possible d'en acquérir une copie. Je voulais juste les montrer à des amis amateurs de cinéma. Les raisons pour lesquelles je n'ai

pu obtenir la moindre copie semblent être les suivantes : ces films n'étaient pas conçus pour une diffusion autre que restreinte, il pouvait y avoir des problèmes juridiques (droit à l'image, pour les mineurs en particulier) et, finalement, les associations productrices n'avaient pas les moyens – et n'étaient pas forcément désireuses – d'organiser une diffusion plus large. Les termes dans lesquels la question a été posée ce mercredi sont évidemment tout différents. Ils sont proprement politiques (ouh, le vilain mot).

L'envie de faire : mieux que le savoir-faire

Il n'avait pas 19 ans lorsque **Fabian Nagy** rejoint ensuite par **Jules de Guillebon**, s'est lancé dans le projet qui deviendra *La Corde sensible* (France, 2016, 29'51). Il n'avait pas été formé dans une école de cinéma (d'où, à l'image, des défauts dont il est très conscient) mais avait très envie de faire un film sur la souffrance psychique, sans doute motivé par un état dépressif qu'il avait déjà connu auparavant, et aussi par le désir de réaliser une œuvre ayant une portée sociale. La possibilité d'un service civique de six mois a joué le rôle de déclencheur.

Le déni de la maladie mentale tient à la peur : mise en danger de l'image de soi (« je ne suis pas fou ! ») mais aussi peur de faire peur, peur de la stigmatisation, des mots-étiquettes... comme 'schizophrénie paranoïde hallucinatoire' ! Le film donne la parole à des personnes vivant des problèmes de santé mentale très divers, de l'anorexie aux troubles bipolaires, de la dépression aux idées suicidaires. Parmi elles, un élu municipal s'est bien gardé de faire état de ses problèmes : « Tout groupe social génère une stigmatisation » dit-il ; celui qui sort de la norme

1. Comme l'an dernier, 14 de ces films étaient au programme... contre 3 ou 4 quelques années auparavant, rappelle Martine Lombaers, coordinatrice de Psmages asbl.

– explicite ou non – doit rentrer dans le rang ou être exclu.

L'effet sinon le but du film est double : sensibiliser à la maladie mentale en l'incarnant dans des gens comme vous et moi et encourager la personne en difficulté à chercher de l'aide auprès des amis, de la famille, des associations (via le Net, notamment) et, bien sûr, des professionnels et services de soin. Il évoque aussi une piste du côté de la création artistique, en l'occurrence la BD. Ce film lui-même n'a-t-il pas eu un aspect thérapeutique pour son réalisateur ?²

Traitant des neurosciences, *Le Système miroir*, d'**Eva Zornio** (Suisse, 2015, 17'), m'a laissé de marbre, alors que plus d'un autre spectateur le plébiscitait, quelqu'un le trouvant même poétique. Moi je l'ai trouvé trop abstrait, profanes non admis, froid (images de synthèse, voix off neutraliste, visages rares et inexpressifs). Peut-être suis-je passé à côté du propos. Ensuite on a pu voir – malheureusement à la queue leu leu, sans avoir le temps de respirer – non moins de sept films sélectionnés pour le Prix Arts Convergences de Paris en 2016. J'en retiens trois pour leur qualité poétique (ben oui). *Demain il fera jour* (**Manon Di Chiappari**, 5'17') : noir et blanc, visages peints, mouvement, danse, images de tristesse, de mort, et pourtant ces voix off : « *Laisse-moi vivre, tu ne vois pas que je suis heureuse* », « *Je me sens belle* », « *J'ai toujours espoir en ce qu'est la vie, malgré tout* »... *Sans issue* (**Nihat Hasan**, 5'38) est un film d'animation d'une belle simplicité, dont les couleurs séduisantes contrastent avec le destin d'un personnage vieillissant, qui ne trouvera refuge que dans l'isolement complet. Plus spartiate dans la forme mais très touchant, *Carpe diem* (**Fanny de Rauglaudre**, 3'22) fait entendre le monologue sur fond d'images noir et blanc d'une femme qui se passe de la crème sur le visage.

Les films d'ateliers : ouais !

Une spécialité sinon une exclusivité du festival, j'y viendrais rien que pour ça. Plusieurs premiers films – et réussites – au palmarès du vendredi après-midi.

Le **Centre Alba** a été créé à La Louvière il y a deux ans, avec un objectif de réinsertion socio-professionnelle. Dans *Les Expériences du D' Brain* (9'38), une sorte de 'mad scientist' – les portes de son bureau sont capitonnées – s'est

juré de trouver une affectation à chacun de ses patients : le dormeur chronique deviendra testeur de fauteuils, le psychopathe, vendeur de matériel informatique périmé, la paranoïaque, garde du corps d'un rappeur célèbre, et l'obsessionnelle compulsive, nettoyeuse de choc dans un grand hôtel ! Un ergothérapeute est à la base du projet (« *Même si j'y connais rien, j'essaie* ») mais des usagers ont joué, participé à l'image et au montage. Conclusion de l'un d'entre eux : « *À refaire et refaire encore. Ça donne pas mal de confiance en soi* ».

L'asbl **Revers**, née à Liège il y a trois ans, propose un dispositif d'insertion par la culture pour personnes atteintes de troubles psychologiques et psychiatriques. *Le Petit Chaperon rouge* (5'34) est un film d'animation chatoyant et poétique (encore !) qui recourt aussi au texte. Il y aurait un atelier d'écriture là-dessous que ça ne m'étonnerait pas, mais comme l'asbl n'a pas pu être représentée, on restera sur sa faim quant au 'making of'. Poésie plus mélancolique avec *Photosensible* (12'45), du **WOPS**, sis à Woluwé. Au début, l'envie de travailler sur les objets que l'on n'arrive pas à jeter, en l'occurrence un album de photos anciennes, noir et blanc ou sépia – des portraits. Qu'est-ce que ça fait de fouiller là-dedans ? Que retient-on de l'image des autres ? Au départ de ces questions, et via des techniques telles que les ombres chinoises, les marionnettes, le théâtre d'ombres (des corps se mouvant derrière un voile), s'insinuent le temps qui passe, la chute, la mort : « *On prend conscience de la gravité de cette thématique au fur et à mesure du film* » dira quelqu'un.

Avec *La Guerre des bouts d'sons* (2'37), **L'Ancrage**, initiative louviéroise d'habitations protégées, nous offre un clip musical très enlevé, sur le thème 'comment recycler les bruits ambiants exaspérants'. C'est drôle mais, sans l'avoir voulu, c'est aussi une métaphore du travail réalisé dans/par l'association : comment faire avec l'insupportable ?

Le service **Trait d'Union** prend en charge des personnes dépendantes de produits illicites à la clinique psychiatrique Bonsecours de Péruwelz. *La Boulette* (3'47) est un film hilarant, plein d'autodérision : Sandy, atteint du 'syndrome de la boulette', pique tout ce qui est sphérique : boulettes de viande, boules de pétanque ou de billard... La médication massive n'y fait rien (le

psychiatre joue son propre rôle dans le film !), alors on essaie de désintoxiquer Sandy en lui offrant un Rubik's Cube – ce qui le guérit puisqu'il se met à piquer tout ce qui est cubique ! L'humour sous toutes ses formes est souvent présent dans les films d'ateliers. Ajoutons l'improvisation (pas de scénario préétabli, les idées fusent, qu'il faut ensuite structurer), le lien avec d'autres ateliers créatifs, et surtout beaucoup de plaisir : « *Que nous on se marre à le faire, et le public se marre aussi* » dira simplement un usager du Centre Alba.

Encore deux courts pour la route ?

Ce sont aussi des premiers films. Dans *L'Abri* (Belgique, 2016, 28'), **Olivier Praet** cherche une proximité avec son frère Martin encapuchonné, qu'il filme souvent en gros plan ; en marchant, ils reviennent sur une fugue de Martin, qui cherchait à se construire un abri dans les bois. Il dit qu'il voulait « *être ailleurs, à un autre endroit, comme le nomadisme* ». Aux questions d'Olivier, il répond souvent « *je ne sais pas* ». Après la projection, quelqu'un dans la salle demandera pourquoi Martin a accepté d'être filmé, et Olivier répondra à son tour « *je ne sais pas* »...

Le titre est magnifiquement choisi, non seulement en raison de l'épisode qui est au centre du film, mais aussi de la capuche omniprésente, et de la porte dans l'appartement dinantais que Martin a quitté : fallait-il la laisser ouverte, la fermer, l'enlever ? Qu'est-ce qui nous abrite, tous autant que nous sommes ?

En 2017, Martin, diagnostiqué schizophrène, refuse toujours d'être suivi médicalement ; il vit chez sa mère mais dispose d'un espace à lui. La schizophrénie est aussi sous-jacente mais encore moins apparente dans *Appétit du vide* (Belgique, 2016, 24'16). **Deborah Ruffato**, pour son travail de fin d'études à l'Institut des Arts de Diffusion, voulait se situer dans le portrait. Elle filme au quotidien 'Miss Vertigo' : Aline, qu'elle a rencontrée via *L'Autre lieu*. Où on lui a dit « *Ici on ne parle pas de diagnostic* », ça a dû lui convenir, et le portrait est beau.

Aline est tellement branchée cuisine qu'elle fera un joli lapsus : « *La guérison n'existe plat* »... Mais j'ai gardé une autre citation pour la fin : « *Ce qui permet de transformer la survie en vie* ». J'espère qu'on cherche tous et toutes.

² On peut le voir sur YouTube.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

RÉFLEXIONS

- 2 Impact de la santé du sommeil
sur les activités humaines par *Guy Adant*

INITIATIVES

- 5 La littératie en santé sous le feu
des projecteurs par *Alexia Brumagne*

OUTILS

- 8 Parole donnée

LU POUR VOUS

- 10 La santé sous la loupe de l'OCDE
par *Pascale Dupuis*
- 13 De quoi rêve-t-on pour ses vieux jours ?
par *Laurence Côte*

VU POUR VOUS

- 14 Images mentales fait le neuf
par *Alain Cherbonnier*

Vous retrouverez tous ces articles sur le site
internet de la revue : educationsante.be.

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux
sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités
du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :
www.facebook.com/revueeducationsante
ou www.twitter.com/EducationSante

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Guy Adant, Alexia Brumagne,
Alain Cherbonnier, Laurence Côte, Pascale Dupuis.

Rédacteur en chef : France Gérard
(education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Gilliane Guisset.

Journaliste : Carole Feulien (education.sante@mc.be).

Relectures : Gilliane Guisset.

Recherches iconographiques : Emmanuel Lefebvre.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design
et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Gilliane Guisset.

Lettre d'information : Gilliane Guisset.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

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

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Christian De Bock,
Carole Feulien, Julien Nève, Anne-Sophie Poncelet,
Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

Tirage : 1 500 exemplaires. **Diffusion :** 1 300 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 800 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40,
1031 Bruxelles ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation
du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

**Pour découvrir les outils francophones en promotion
de la santé :** www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles
sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

