



# État des lieux de la promotion santé en Fédération Wallonie-Bruxelles

Ne paraît pas en août  
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623  
Numéro d'agrégation : P401139  
Éditeur responsable : Jean Hermesse,  
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,  
1031 Bruxelles.  
Hôtel de ligne, siège du Parlement  
de la Fédération Wallonie-Bruxelles.  
Crédit photo : Fabian Rouwette



## Edito

# Choix politiques

Alda Greoli, Secrétaire nationale des Mutualités chrétiennes

**En débutant l'écriture de cet éditorial, il m'apparaît essentiel de nous arrêter et de prendre le temps de mettre en évidence l'apport de la revue Éducation Santé dans le monde de la prévention et de la promotion de la santé. Un outil à vocation nationale qui détient aussi l'immense privilège de bénéficier de la collaboration de personnalités internationales du secteur.**

Au moment de fêter ce numéro 300, il était important de débiter par un vif remerciement aux équipes et aux personnalités qui ont fait et font cette réalité. Un coup de chapeau particulier à son rédacteur en chef et à son équipe de collaborateurs et collaboratrices. C'est aussi un choix politique de la Communauté française et des organismes assureurs (Mutualité chrétienne et Solidaris, en particulier) de vouloir permettre l'existence d'un tel outil. La revue joue un rôle dans la mise en réseau des acteurs de la promotion et de la prévention en santé. Nous savons tous et toutes à quel point dans ce secteur le travail en réseau, le partage de la connaissance et l'échange des bonnes pratiques sont cruciales à la réussite des politiques et des actions menées. Et ces considérations nous amènent naturellement à nous poser la question de l'avenir de tous ces dispositifs après le transfert de compétences et la réalisation de la sixième réforme de l'État. Les politiques de prévention sont aujourd'hui menées sur l'ensemble du territoire de la Communauté française. Elles sont déjà conduites sur un territoire relativement petit à l'échelle de la cohérence de la Belgique, demain elles seront menées sur la Région wallonne et sur Bruxelles, sur la Communauté germanophone et sur la Flandre. Même si l'accord des quatre partis francophones tend à définir des ponts solides entre tous les francophones, nous savons que dès que vous mettez en place deux lieux de décisions politiques, il y a fort à parier que le résultat sera la prise de décisions différentes.

Par ailleurs, la prévention en milieu scolaire sera coupée du reste des autres politiques de prévention. Une double logique de séparation des lieux de définition des politiques.

### Plaidoyer pour une implication forte des acteurs

Un autre risque se profile à l'horizon de ce transfert de compétences. En effet, nous allons mettre en place en Région wallonne et à Bruxelles deux organismes d'intérêt public (OIP) pour gérer les compétences transférées. À l'heure de la rédaction de cet éditorial, nous ne disposons pas encore de certitudes sur le mode de gestion de ces futurs OIP. Il reste du flou autour de la place exacte qui sera laissée aux partenaires sociaux et aux acteurs de la santé que sont en particulier les prestataires de soins et les organismes assureurs.

Pourtant, tant les prestataires que les organismes assureurs ainsi que les acteurs associatifs de promotion de la santé sont indispensables par leur connaissance du terrain, par les informations dont ils disposent et par leur rôle transversal en santé pour définir au mieux les actions et politiques à mener. Nous savons que dans l'accès à la santé, la prévention et la promotion sont essentielles. Non seulement elles permettent de véritables économies dans les frais de soins de santé aidant à maîtriser l'augmentation des coûts mais surtout elles donnent un véritable accès au bien-être et à la qualité de vie.

Nous sommes conscients que les transferts de compétences ont été aussi une occasion saisie par les dirigeants de

notre pays pour préparer des mesures d'économie. En effet, près de 2,5 milliards seront économisés sur les trois premières années dans les budgets transférés rien que par l'application de nouvelles clés d'augmentation des budgets.

Les Régions qui vont recevoir les compétences vont donc largement manquer des moyens pour couvrir les besoins de la population dans les politiques transférées. Sans nouvelles recettes et sans économies importantes, il ne sera pas possible de poursuivre les actions menées actuellement. Or dans ces situations de difficultés budgétaires, nous savons que c'est trop souvent la prévention qui est sacrifiée.

Nous attirons l'attention de nos actuels et futurs gouvernements sur le fait que diminuer les moyens de la prévention et de la promotion de la santé, c'est, à très court terme, augmenter les dépenses en soins de santé et c'est dualiser l'accès à la santé et au bien-être entre les différentes couches socio-économiques de notre population. C'est reporter sur les individus et leurs capacités d'actions les efforts qui doivent être consentis collectivement.

Afin de tenter de ne pas tomber dans cette dérive, nous plaçons pour que dans les futurs OIP wallon et bruxellois, il soit créé une direction spécifique pour la promotion et la prévention santé.

Il nous semble que c'est indispensable afin de garantir la prise en compte pleine et entière des indispensables investissements dans ces matières pour garantir le bien-être et l'accès à la santé de toute la population wallonne et bruxelloise.



# 300

Christian De Bock, rédacteur en chef

**Voici quelques mois, j'aurais été bien en peine d'imaginer que le numéro 300 d'Éducation Santé sortirait dans un contexte marqué par la disparition programmée de la promotion de la santé en tant que compétence dévolue aux communautés de notre pays<sup>1</sup>.**

Bénéficiant d'un soutien financier récurrent de la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis 25 ans, d'une remarquable stabilité institutionnelle depuis le vote du décret de 1997 et d'une confiance précieuse de la Mutualité chrétienne, son pouvoir organisateur, notre mensuel a pu se développer au fil du temps dans un climat plutôt favorable.

C'est dire si l'annonce de l'éclatement prochain (dès le 1<sup>er</sup> juillet de cette année) des compétences de santé francophones entre la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale a assombri notre horizon, comme celui de nombreux opérateurs du secteur.

En effet, l'avenir d'un outil d'information et de formation des travailleurs de la promotion de la santé qui est largement apprécié par ses destinataires<sup>2</sup> semble compromis ou à tout le moins incertain. Le sens de notre travail dépasse le cadre

étriqué de notre petite Belgique, ce qui rend l'évolution actuelle d'autant plus difficile à comprendre. À l'écart des replis territoriaux programmés, nous plaidons au contraire pour un partage des expertises francophones en promotion de la santé sans nous arrêter aux frontières du royaume. Encore heureux ! Cela me donne l'occasion d'adresser au passage un coup de chapeau bien mérité à notre correspondante française, **Anne Le Penne** et à notre collaboratrice au Québec, **Pascale Dupuis**, dont les regards extérieurs et pertinents enrichissent considérablement notre publication.

### Une petite leçon de surréalisme

À en croire la déclaration des partis à l'origine de cette réforme, elle a pour finalité de confirmer la puissance des liens entre francophones de Wallonie et

de Bruxelles. Apprécions au passage ce délicat paradoxe politique qui consiste à réaffirmer un principe de solidarité tout en le mettant à mal dans les faits.

Qu'on me comprenne bien : il ne s'agit pas pour *Éducation Santé* de s'arc-bouter à une 'rente de situation' et de rejeter toute évolution. Mais, réaffirmer la pertinence d'une approche cohérente de la prévention au profit de populations partageant une même langue et une même culture, est-ce si extravagant que cela ?

On me rétorquera que l'intention des uns et des autres est de formaliser aussi souvent que possible la concertation entre Wallons et Bruxellois<sup>3</sup>. Dans ces conditions confier la gestion de la matière 'prévention' à une entité commune, par exemple la Fédération Wallonie-Bruxelles, serait une bonne idée, non ?

<sup>1</sup> En tout cas du côté francophone.

<sup>2</sup> Voir l'article présentant la dernière évaluation, réalisée en 2012 : C. De Bock, 'Votre avis sur Education Santé', Education Santé n° 285, janvier 2013, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1541>

<sup>3</sup> L'exemple le plus cocasse des conséquences possibles de cette régionalisation, ce sont les campagnes radiodiffusées gratuites de promotion de la santé. On pourrait parfaitement imaginer des messages contradictoires sur une même thématique selon qu'ils émaneront du sud ou du centre du pays...

## Initiatives

### Faut-il 'liker' pour exister ?

**Une journée de réflexion et d'échanges sur le web 2.0 et la promotion de la santé**

Christian De Bock

**L'asbl Question Santé nous a fait un joli cadeau<sup>1</sup> en organisant le 18 mars dernier au Centre culturel de Woluwé-Saint-Pierre un vaste tour d'horizon de ce thème très actuel. Plus de 100 personnes étaient présentes pour un menu particulièrement copieux, jugez-en plutôt.**

<sup>1</sup> La participation aux frais, 15 euros pour la journée lunch inclus, était vraiment très démocratique !



## Cinq facettes du web

La matinée était consacrée à cinq ateliers, ce qui nous changeait avantageusement du programme classique d'une journée d'études, conférences en plénière le matin, travail en ateliers l'après-midi, avec évaporation de pas mal de monde. Il y avait une raison matérielle à cela, comme vous le verrez plus loin, mais c'était une très bonne idée dans l'absolu.

Les participants avaient le choix

entre 'les potentialités des outils web' avec **Jasna Cattonar**, formatrice en outils web, 'les stratégies de communication web' avec **Yves Vandeuken**, spécialiste en marketing chez *BeQuiet*, 'les espaces de discussion en ligne et le soutien social' avec **David Heard**, responsables des campagnes à l'INPES et 'l'investissement humain et financier' avec **Xavier Degraux**, formateur en médias sociaux et marketing et **Christophe Piret**, stratège digital chez *Greenpeace*.

L'atelier auquel j'ai participé était consacré à la convergence entre les objectifs de la promotion de la santé et le web ainsi qu'aux outils d'évaluation mis (très souvent gratuitement) à notre disposition par l'Internet. Animé par **Jean-Luc Manise**, directeur des Services Culture et Éducation Permanente au CESEP<sup>2</sup>, journaliste indépendant et expert des médias sociaux et par **Christophe Hendrick**, expert en analyse du web pour la société *Yieldow*, l'échange fut passionnant : tour d'horizon d'un secteur de l'information mis à mal par l'irrésistible progression des nouvelles technologies de la communication, fiabilité et contrôle de qualité des infos santé, importance de s'assigner des objectifs explicites tant dans les choix stratégiques des médias (par exemple faut-il ou non être sur Facebook en tant qu'association de prévention, et pour quelles 'bonnes' raisons ?) que dans les données d'évaluation à recueillir.

En effet, alors que la récolte traditionnelle de données d'évaluation est un travail souvent considérable, ici une profusion d'infos de gestion sont disponibles en



Photo © Question Santé

*Les rencontres étaient 'express' et le public attentif*

permanence d'un simple clic. Ce qui est compliqué, c'est de faire le tri, de sélectionner les données pertinentes, celles qui permettront d'optimiser les outils web et d'améliorer l'offre de service. Le côté sombre de cette puissance phénoménale du net, c'est la précision diabolique de l'observation permanente que ce *Big Brother* du XXI<sup>e</sup> siècle a de notre comportement en ligne...

Les échos des autres ateliers à la pause de midi étaient tout aussi positifs, nous aurons sans doute l'occasion d'y revenir plus en détail prochainement.

## Quatorze rendez-vous

Après le lunch, plutôt que le tour 'habituel' de quelques stands, les organisateurs avaient imaginé de proposer pendant une heure à une série d'acteurs du secteur de présenter un de leurs projets numériques à des petits groupes pendant une quinzaine de minutes, chacun pouvant donc s'il le souhaitait prendre connaissance de quatre projets avant la séance plénière de l'après-midi. Une jolie dynamique, mais assez éprouvante pour ceux qui comme moi devaient ainsi 'vendre' un de leurs projets... Pas question de souffler après le speed dating (ou plutôt en bon français les 'rencontres express'), pas moins de quatre exposés d'une demi-heure chacun nous attendaient encore.

## Brussels, we have no problem

David Heard commença par illustrer la nouvelle donne en matière de

communication en mettant en évidence la puissance des réseaux sociaux en tant que médias de masse, qui permettent de toucher un très vaste public de manière plus intime que ne peut le faire la télévision, et ce avec des budgets nettement plus accessibles. Selon lui, un atout essentiel de ces nouveaux médias est qu'ils sortent d'une logique descendante caractéristique de la télévision

pour une logique d'échange et de mise en relation bien plus féconde en promotion de la santé.

Décalage horaire oblige, la journée se termina sur trois téléconférences en direct du Canada : **Lise Renaud**, directrice de ComSanté à l'Université du Québec à Montréal nous présenta des pratiques exemplaires en matière d'usages d'Internet qui permettent d'encourager de manière personnalisée les internautes à modifier certains comportements.

**Louise SauvÉ** (TELUQ, Université du Québec, directrice du centre d'expertise et de recherche sur l'apprentissage à vie Savie) pour sa part nous présenta le 'bon côté' des jeux en ligne, souvent accusés de susciter de véritables dépendances, en particulier chez les jeunes. Ces outils ludiques peuvent en effet aider les internautes à acquérir des compétences favorables à leur santé. Elle nous le montra concrètement avec un jeu sur les infections sexuellement transmissibles et un autre sur l'asthme, construits tous deux au départ d'une même 'coquille générique', une structure de base permettant de nombreuses variations thématiques.

Enfin, **Émilie Renahy**, postdoctorante française en épidémiologie sociale à Toronto, aborda au départ d'une étude réalisée en France les inégalités sociales de santé et le web, avec cette question lancinante : les outils web contribuent-ils à diminuer ces inégalités ou au contraire à les renforcer ? S'il semble incontestable que la fracture numérique 'matérielle' en termes d'équipement des ménages est moins

<sup>2</sup> Centre socialiste d'éducation permanente, [www.cesep.be](http://www.cesep.be)

criante qu'il y a quelques années, par contre l'accès aux informations pertinentes et à la compréhension des messages reste problématique, en particulier pour les malades chroniques.

L'exercice de cette triple conférence sans filet était périlleux. Tout s'est bien passé,

même si rien ne vaut bien sûr la présence en chair et en os de l'intervenant dans la salle !

Préparée par un groupe de partenaires enthousiastes (je peux en témoigner, j'en étais !), gérée avec une belle efficacité par l'équipe de l'animatrice du moment **Bernadette Taeymans**, ce fut donc une

journée aussi dense qu'intéressante, dont Question Santé ne manquera pas d'exploiter les enseignements dans les prochains mois : reportage photo et vidéo, projet d'e-book, numéro spécial d'*Éducation Santé*, offre de formations web, renforcement de la plate-forme [promosante.net](http://promosante.net)... Les idées ne manquent pas !

## Encore et toujours les inégalités sociales de santé

Christian De Bock

**Les inégalités sociales de santé, largement documentées, sont aujourd'hui reconnues comme un problème majeur de santé publique. Malgré les efforts de nombreux acteurs dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, elles persistent et parfois même s'accroissent.**

Pour sa dernière grande activité publique sous la direction de **Luc Berghmans**, l'Observatoire de la Santé du Hainaut nous a conviés à une après-midi studieuse le 25 mars dernier, dans le cadre enchanteur du Bois d'Havré (près de Mons) inondé de soleil.

Une bonne centaine de personnes s'y sont retrouvées pour entendre **Pierre Lombrail**, professeur de santé publique à Paris 13 et actuel président de la Société française de santé publique.

En moins d'une heure, il nous brossa avec humour un bel état de la question, avec rappel de la nature de la problématique, compréhension de ses causes et ébauches de solution. Avec quelques formules chocs comme par exemple à propos des traitements aux patients de milieux défavorisés : « *Quand j'avais soigné mes patients, je faisais semblant de croire qu'ils allaient mieux...* »

Ou encore, à propos des assurances mutuellistes de France, cette constatation : les moins aisés doivent consacrer 14 % de leurs revenus aux couvertures complémentaires à la sécu, là où les plus aisés n'ont besoin que de 3 % de leurs

moyens financiers.

Il rappela aussi les vertus de l'universalisme des services à la population, mais un universalisme proportionnel aux désavantages vécus par un nombreux public. Une idée-force qui n'était pas pour déplaire à son hôte d'un jour !

La place nous manque pour résumer la table ronde qui s'ensuivit, animée par **Chantal Vandoorne**, chargée de stimuler un panel de haut vol, jugez-en plutôt : **Luc Berghmans** bien entendu, **Philippe Lorenzo**, directeur de l'Instance régionale d'éducation pour la santé de Picardie ; **Michel Beauchemin**, directeur de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale Québec ; **Philippe Defeyt**, président du CPAS de Namur ; **Pol Gerits**, président du groupe de travail belge sur les inégalités de santé et **Christine Mahy**, la directrice du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, toujours aussi percutante dans sa défense des plus nobles causes.

Aux esprits chagrins qui diront « *Encore les inégalités, vous n'avez vraiment rien de mieux en magasin ?* », ces experts répliquaient d'une même voix

qu'aujourd'hui plus qu'hier, elles doivent « *être vues, connues et reconnues* » (M. Beauchemin). Et combattues notamment avec l'appui des « *experts du vécu, ces militants en capacité d'influencer la mise en œuvre de solutions* » chers à C. Mahy.

Et les uns et les autres de plaider à juste titre pour l'inclusion sociale, à l'image des organisations sociales belges se mobilisant dans notre pays à la veille des élections. Avec pour conclure ce jugement sans appel de Pierre Lombrail nous invitant à changer de paradigme : « *Nous continuons à parler de santé comme si l'essentiel ne se jouait pas ailleurs* ».

Bien entendu, il ne fut pas seulement question d'inégalités de santé ce jour-là, et **Yves Coppieters**, président de l'École de santé publique de l'ULB, ne manqua pas de nous présenter une étude de cas bien de circonstance, en parcourant avec la vélocité qui le caractérise les quarante années du futur retraité au service d'une conception progressiste de la santé<sup>1</sup>.

Et bon vent à son successeur, **Michel Demarteau** !

<sup>1</sup> Luc Berghmans a accepté de continuer à suivre les rencontres annuelles du comité stratégique de notre magazine, au cours desquelles ses encouragements et ses suggestions sont toujours très appréciés. Qu'il en soit remercié !

# Et si la promotion de la santé était un art du paradoxe !

Chantal Vandoorne

**Le 25 mars, j'étais venue animer une table ronde et dire au revoir à un vieux complice en promotion de la santé...  
J'ai vu un paysage se remodeler.**

À l'heure où les acteurs de promotion de la santé entendent ou produisent eux-mêmes des discours parfois moroses ; à l'heure où l'on craint des retours en arrière stériles vers le « tout au curatif », « tout à l'information » ou des fuites en avant vers le « tout à la technologie » ; à l'heure où fleurissent les manifestes pour la défense de la promotion de la santé aux niveaux régional, national ou international ; à l'heure où s'effondrent les facteurs d'impact de revues spécialisées en promotion de la santé, la table ronde organisée à l'Observatoire de la Santé du Hainaut en l'honneur du départ à la retraite de son directeur, le **D' Luc Berghmans**, permet de tracer un bilan et des perspectives constructives.

Le thème en était 'Comment intervenir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ?' Sous mon regard attentif, au fil des interventions, s'est retissée la complexité d'un champ qui mérite notre engagement éclairé.

Un intervenant nous invite à adopter une vision décomplexée des difficultés de la promotion de la santé à se faire reconnaître. Quarante ans de promotion de la santé, c'est finalement peu : il est normal de n'avoir pas vaincu toutes les difficultés et de connaître une progression en dents de scie du secteur et de ses pratiques.

À l'analyse, ces nonante minutes d'échanges constituent un incubateur

d'idées et de perspectives en ce sens. L'impression globale est celle d'une complexification (et non complication) progressive de notre vision des stratégies d'intervention promues par la Charte d'Ottawa au niveau mondial et par le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette complexification est sans nul doute un signe de maturité pour un secteur qui entre dans une nouvelle ère. On a même entendu « *Finallement qui sommes-nous pour penser que la santé est l'aune à laquelle doivent être mesurées les actions et politiques des autres secteurs ?* » Au fil du débat, les discours, tous légitimes, font émerger les paradoxes et voler en éclat certaines évidences : « la promotion de la santé et le soin, ce n'est pas vraiment compatible » « les inégalités sociales sont 'de santé' », « le professionnalisme chasse le militantisme » « le plaidoyer pour la promotion de la santé est nécessaire et légitime », « il faut montrer l'efficacité de la promotion de la santé pour en renforcer la visibilité ».

Et si au bout du compte, la maturité de la promotion de la santé, c'était de rencontrer la complexité que reflètent ces paradoxes irrémédiables ; si c'était de travailler à construire des politiques et des pratiques au cœur même de ces paradoxes, en les considérant comme des opportunités ?

## À la rencontre de la complexité

Tentons d'en énoncer quelques-uns.

- En matière de réduction des inégalités sociales de santé, l'absolue nécessité d'agir par anticipation (prévention primaire voire primordiale, promotion, inflexion des déterminants sociaux...) doit se conjuguer d'un côté à l'urgence d'assurer des soins de base qui évitent une dégradation plus forte encore de l'état de santé, et de l'autre à une vigilance pour faciliter l'accès tout au long du parcours de soins (soins de premier et de deuxième recours).
- Lutter contre les inégalités sociales de santé suppose de conjuguer engagement et professionnalisme. Le professionnalisme doit être solidement ancré dans les connaissances scientifiques et empiriques. Mais l'engagement aux côtés des populations dans des alliances avec d'autres secteurs, d'autres professionnels peut nécessiter que ces cadres de référence se fassent discrets. Ainsi, visibilité de la promotion de la santé et efficacité de l'engagement pour réduire les inégalités sociales de santé ne vont pas nécessairement de pair.
- Conjuguer professionnalisme et engagement dans des collaborations intersectorielles nécessite de s'appuyer sur une continuité de services spécialisés en promotion de la santé. Une telle continuité suppose le soutien de

■ « La santé partout et pour tous – plaidoyer pour une politique exigeante », Collectif des acteurs de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, décembre 2012, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1444>

■ Davies JK, "Health Promotion : A Unique Discipline ?" Health promotion forum of New Zealand, HPF Occasional Paper series (CC36008), décembre 2013

■ « Manifeste pour une reconnaissance et un financement fiable de la promotion de la santé, de l'éducation pour la santé, de la prévention collective et de la santé communautaire », proposé par huit associations françaises et l'UIPES, février 2014, <http://manifestepreventions.wix.com/manifeste-prev-sante>

■ Richard Horton, Robert Beaglehole, Ruth Bonita, John Raeburn, Martin McKee, Stig Wall, "From Public to Planetary health : A Manifesto", The Lancet, Volume 383, Issue 9920, Page 847, 8 March 2014 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2960409-8/fulltext>

■ « Lutter contre les inégalités sociales de santé par la promotion de la santé, ça rapporte », Mémoire à destination des femmes et des hommes politiques bruxellois, Plate-forme bruxelloise du secteur de la promotion de la santé, avril 2014

■ « L'urgence d'agir en promotion de la santé : un appel à des politiques socio-économiques responsables face à la santé des populations », Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) et Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS), mars 2014, [http://www.sidiief.org/~media/Files/3\\_o\\_APropos/3\\_6\\_PrisePosition/Prise-Position-Promotion-Sante-Texte-integral-2014.ashx](http://www.sidiief.org/~media/Files/3_o_APropos/3_6_PrisePosition/Prise-Position-Promotion-Sante-Texte-integral-2014.ashx)

politiques dédiées à la promotion de la santé, alors qu'il est demandé aux professionnels de ces services de se fondre dans les autres politiques.

- Des priorités doivent être définies au départ de données de santé (qu'elles soient de sources épidémiologiques ou plus qualitatives, issues du vécu de la santé par les populations); elles doivent permettre de cibler les points sur lesquels l'équité doit être renforcée par une universalité proportionnée de services; d'y investir des ressources humaines, sociales et financières. Cependant le travail sur les déterminants sociaux, tout aussi important en terme d'équité, peut parfois nécessiter de

s'écarter temporairement de ces priorités pour rejoindre les préoccupations des usagers ou des professionnels d'autres secteurs de la société. La santé n'a pas le monopole des inégalités.

- Les applications de la notion de 'santé dans toutes les politiques' commencent à se développer aux deux extrémités de l'organisation sociale: à un pôle, dans les collectifs issus de la population et chez les opérateurs locaux; à l'autre pôle, entre certaines administrations régionales ou fédérales. Mais l'on discerne peu comment articuler ces avancées, tisser entre elles des liens dynamiques, les faire se nourrir l'une de l'autre, en n'oubliant pas les échelons intermédiaires.

Au moment de remettre sur le métier nos politiques et nos organisations de promotion de la santé, le chantier qui s'ouvre à nous est passionnant dans sa complexité et ses paradoxes... Explorer les perspectives ouvertes au cœur même de ces paradoxes, sans en cristalliser les oppositions, devrait permettre de faire émerger des solutions nouvelles. J'espère que nous aurons dans un futur proche des occasions d'approfondir ces débats avec des interlocuteurs aussi diversifiés, réflexifs et engagés que ceux présents ce 25 mars.

## Tabacstop

### Le coaching personnel de plus en plus populaire

Communiqué par la **Fondation Contre le Cancer**

**Tabacstop, le service gratuit d'aide à l'arrêt tabagique de la Fondation Contre le Cancer, a publié récemment ses chiffres annuels pour 2013. Les appels téléphoniques ont globalement augmenté de 27 %, avec une véritable explosion (83 %) des accompagnements téléphoniques personnalisés. Ce type d'accompagnement 'sur mesure' par un tabacologue offrant aide et soutien au fumeur, avait déjà augmenté de 37 % en 2012.**

Le coaching personnalisé de *Tabacstop* comprend 8 entretiens avec un tabacologue professionnel (toujours le même), répartis sur une période d'environ 3 mois, à des dates convenues au préalable.

Cette forme d'accompagnement fait tripler, voire quadrupler, les chances de réussite, en comparaison avec une tentative d'arrêt sans aucune aide.

#### Pourquoi appelle-t-on *Tabacstop* ?

La raison la plus fréquemment invoquée par les appelants est la recherche d'aide pour arrêter de fumer, sans autre précision (73 %). Les motifs de la demande sont analysés plus en profondeur lors de l'accompagnement personnalisé. Il en ressort que 52 % des appelants veulent

arrêter pour des raisons financières, et 51 % par crainte pour leur santé. Il est vrai que le tabac est la cause de 30 % des décès par cancer !

#### Qui appelle *Tabacstop* ?

27 % des Belges fument, dont 21 % des femmes, et 32 % des hommes. Malgré cette disparité, *Tabacstop* reçoit autant d'appels provenant de femmes que d'hommes. Autre constat, la répartition des appels ne correspond pas à la démographie, puisqu'on compte plus d'appels francophones (60 %) que néerlandophones (40 %). La plupart des appelants ont déjà essayé d'arrêter plusieurs fois (89 %). Les 11 % restants concernent donc un premier arrêt tabagique. En ce qui concerne le site internet, on note une majorité de visiteurs flamands.



Sur 113 282 visiteurs uniques, 71 761 sont originaires de Flandre et 40 283 de Wallonie. Notons que 1 238 visiteurs font partie de la communauté germanophone.

#### Comment les fumeurs connaissent-ils *Tabacstop* ?

C'est la mention sur les paquets de cigarettes qui est la plus souvent citée, quelle que soit la tranche d'âge. 71 % des jeunes de moins de 36 ans évoquent le paquet comme source de connaissance du numéro 0800 111 00. Chez les plus de



36 ans, la proportion baisse à 48 %, et ne change plus vraiment pour les personnes plus âgées. La mention obligatoire sur les paquets de cigarettes porte donc clairement ses fruits !

Parmi les autres sources de connaissance de *Tabacstop*, la télévision<sup>1</sup> et les professionnels de la santé gagnent en importance au fur et à mesure que l'âge avance. Pour les professionnels, on observe ainsi une augmentation jusqu'à la catégorie 46-65 ans, puis une baisse légère après 65 ans. Internet est une source d'information surtout citée par les 26-35 ans.

## Pour une mention rapide de *Tabacstop* sur les paquets de tabac à rouler

La Fondation Contre le Cancer insiste auprès des autorités pour que *Tabacstop* soit mentionné sur les paquets de tabac à rouler. C'est une mesure qui ne leur coûte rien (les frais sont pris en charge par l'industrie du tabac) et qui se justifie pleinement quand on sait que les consommateurs de tabac à rouler sont de plus en plus nombreux (25 % des fumeurs entre 2007 et 2012 et 35 % en 2013). De plus, ils sont sous-représentés dans les contacts *Tabacstop*, preuve supplémentaire que le



Photo © Fotolia

message ne leur parvient pas.

D'ailleurs, le Parlement européen a approuvé en février de cette année une directive sur les produits du tabac allant dans le sens de la préservation de la santé publique<sup>2</sup>. Nos ministres n'auront aucune excuse pour retarder le passage à la mention obligatoire de *Tabacstop* et à l'obligation d'apposer de grands avertissements de santé, sur l'avant et l'arrière des paquets de tabac à rouler.

Les chiffres annuels complets de *Tabacstop* sont disponibles sur [www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be) et [www.cancer.be/presse](http://www.cancer.be/presse).

## À propos de *Tabacstop*

*Tabacstop* est un service gratuit auquel vous pouvez vous adresser si vous désirez de l'aide pour arrêter de fumer. L'équipe de *Tabacstop* se compose de tabacologues. Il s'agit de professionnels de la santé comme des médecins, des psychologues et des infirmiers détenteurs d'un diplôme complémentaire en tabacologie et aide au sevrage tabagique.

*Tabacstop* est une initiative de la Fondation Contre le Cancer. Ce service est financé par le Fonds fédéral de lutte contre le tabagisme sous la surveillance de l'INAMI et du Service public fédéral Santé publique.

*Tabacstop* 0800 111 00  
[www.tabacstop.be](http://www.tabacstop.be)

<sup>1</sup> L'an dernier, *Tabacstop* a bénéficié d'espaces gratuits en télévision pour une campagne de promotion de la santé. La campagne, diffusée en début et en fin d'année, a obtenu du côté francophone des espaces pour une valeur de près de 450.000 euros... (nldr)

<sup>2</sup> Malgré tous ses efforts, le lobby du tabac n'est pas arrivé à vider le texte de sa substance. Ce n'est pas toujours le cas... (nldr).

## Réflexions

# L'épidémiologie, une vieille dame tenace

Marianne Prévost, sociologue, chargée de mission au service Espace promotion santé - Qualité de la Fédération des maisons médicales

**L'attention portée aux déterminants sociaux de santé est loin d'être une mode récente : l'épidémiologie n'a cessé, dès sa naissance, de démontrer les liens existant entre la santé et les conditions de vie. Elle a toujours eu du mal à prendre la place qui lui revient et reste un parent pauvre dans les politiques relatives au bien-être et à la santé. Mais elle a de solides racines.**

## Misère des peuples : mère de la maladie

Qui n'a pas entendu parler des inégalités

sociales face à la santé ? Les professionnels ont le nez dessus chaque jour, l'Organisation mondiale de la santé lance l'alerte depuis

les années '70, les médias relaient les études qui le démontrent, les chercheurs continuent à affiner leurs analyses.



Ce constat n'est pas neuf. Au XVII<sup>e</sup> siècle, déjà, deux médecins anglais soutiennent la nécessité de tenir un registre des maladies et des événements touchant à l'éducation, au logement, aux professions, au mode de production<sup>1</sup> : ces aspects de la vie influent à leurs yeux sur la santé des populations.

Dans la même veine, l'**Abbé Claude Fleury**, juriste et ecclésiastique français expose au tournant du XVIII<sup>e</sup> siècle l'importance de la qualité de l'eau, du vêtement, du logement et des conditions de vie : il estime même que le gouvernement a la responsabilité d'améliorer ces conditions !

Un peu plus tard, lorsqu'arrive le siècle des Lumières, la pratique médicale est ébranlée : les philosophes croient au progrès de l'humanité guidée par la raison, et s'élèvent contre toutes les formes d'obscurantisme – notamment celui des médecins, dont la science pour le moins incertaine est intriquée aux superstitions et aux croyances religieuses<sup>2</sup> (**Molière** avait déjà, au siècle précédent, moqué le charlatanisme et la superstition dans 'Le médecin malgré lui').

Ces idées se renforcent grâce aux progrès de la science. Il devient clair que certains maux considérés comme inévitables ne le sont pas : il est possible d'en trouver les causes et de les combattre en amont. C'est dans cette voie que l'Angleterre, la première, organise un enseignement de santé publique et d'hygiène tandis qu'en France, des écoles de santé sont créées en 1794 au sein des écoles de médecine. Elles s'intéressent avant tout aux risques industriels et à l'assainissement de l'environnement, thèmes bien d'actualité en cette période de pré-industrialisation. 'Misère des peuples : mère de la maladie' : c'est le titre d'une leçon magistrale donnée en 1790 par **Johann Peter Franck**, doyen de la faculté de médecine de Pavie et directeur général de la Santé publique en Lombardie. Ce médecin clinicien allemand est aussi épidémiologiste et statisticien de la santé ; il plaide pour que des enquêtes de population soient menées et que les causes de décès, de maladie et de stérilité soient



élucidées sur base d'analyses statistiques. Ces idées se propagent via ses élèves dans divers pays : Danemark, Hongrie, Russie, Italie, Angleterre, France, Suisse.

Ainsi se construit une vision qui sera largement confirmée par les effets de la 'révolution industrielle' du XIX<sup>e</sup> siècle : les immenses progrès techniques réalisés à cette époque s'accompagnent d'un bouleversement des modes de production et des conditions de vie, d'une paupérisation des travailleurs<sup>3</sup> et d'un cortège de problèmes sanitaires, notamment les épidémies infectieuses.

**Pierre Charles Alexandre Louis** (1787-1872), médecin clinicien français, constate l'inefficacité de la médecine clinique d'alors, particulièrement dans le domaine des épidémies ; il introduit les méthodes statistiques appliquées à l'observation clinique. Un de ses élèves anglais, **William Farr** « dénonce vigoureusement la myopie clinique consistant à baser la pratique médicale thérapeutique sur une relation exclusivement individuelle médecin-malade, ignorant l'observation statistique qui, seule, permet d'anticiper la survenue de la maladie et de promouvoir une activité préventive ».

Les médecins progressistes plaident ainsi pour que la médecine s'engage dans la voie de la santé publique : « La science médicale est intrinsèquement et essentiellement une science sociale et tant que cela ne sera pas reconnu dans la pratique nous serons privés de ses bénéfices et devons nous contenter d'une coquille vide, d'un faux-semblant ».

## Médecine sociale et bactéries

Parallèlement, la médecine connaît deux tournants majeurs qui la sortent de l'empirisme et l'élèvent au rang d'une science. Le premier tournant est initié par **Claude Bernard** qui développe la médecine expérimentale, une 'science conquérante' dit-il<sup>4</sup>. Avec lui, le corps humain sort radicalement du domaine sacré : il peut être investigué, disséqué ; le développement de l'anatomo-pathologie permet de mieux comprendre son fonctionnement et aboutit à plusieurs grandes découvertes médicales. Le deuxième tournant est dû à **Louis Pasteur** qui réfute la théorie de la génération spontanée et prouve l'existence des germes. Cela permet de mieux comprendre les mécanismes de transmission et réaliser des progrès énormes vis-à-vis des maladies infectieuses. La consécration de Pasteur devient immense et internationale lorsqu'il met au point le vaccin contre la rage. S'écartant des superstitions et des pratiques aléatoires ou charlatanesques, la médecine devient une science capable d'associer un germe à chaque maladie, une cause unique à toute manifestation pathologique. Une science qui semble tout promettre : « *L'inconnu pathologique cède du terrain, les mystères du monde matériel trouvent des explications toujours plus fondées et plus convaincantes. La science, impérialiste, accroît irrésistiblement son territoire. Confortée par les premiers succès de Pasteur, la vérité scientifique, une et indivisible, est perçue comme immuable. Telle est la nouvelle foi du XIX<sup>e</sup> siècle !* »<sup>5</sup>

Les hygiénistes sont les alliés convaincus de Pasteur et de la lutte contre l'infection. Mais en même temps, leurs visions globales passent un peu inaperçues. Le modèle bio-médical qui se construit propose en effet une lecture plus étroite de la maladie, ne s'attachant pas aux conditions sociales qui la produisent. À vrai dire, « *n'était-il pas infiniment plus facile de mobiliser les moyens et les énergies pour rechercher et découvrir un agent seul*

<sup>1</sup> Naissances et décès étaient déjà enregistrés à Londres et en France dès le XVI<sup>e</sup> siècle.

<sup>2</sup> A. Hoffman, 'Pourquoi Dieu nous envoie-t-il des maladies', Santé conjugée n° 16, avril 2001.

<sup>3</sup> Robert Castel, 'L'insécurité sociale : qu'est-ce qu'être protégé', La république des idées, Seuil, octobre 2003.

<sup>4</sup> G. Canguilhem, 'L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard', in Études d'histoire et de philosophie des sciences, Paris, Vrin, 1968.

<sup>5</sup> Bruno Dujardin, 'Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue', Karthal éditions Charles Léopold Mayer, 2003.

responsable d'une maladie et développer la lutte contre lui plutôt que de promouvoir de vastes programmes visant à modifier les habitudes de vie, à assainir les logements, à réglementer les conditions de travail, à éduquer la population ? »

Les indéniables progrès dus à Pasteur auraient en quelque sorte eu des effets pervers : « La maladie entrainait dans le laboratoire qui du même coup devenait le lieu du progrès médical. La bactériologie était devenue la science dominante. Toute autre discipline médicale, et l'épidémiologie ne faisait pas exception, n'avait de valeur que relativement à elle ».

## Un malheureux divorce

Au début du xx<sup>e</sup> siècle, ce changement de paradigme modifie le cursus de formation des médecins et détermine les priorités de la recherche médicale. La médecine clinique et la santé publique entament leur divorce : l'épidémiologie, la prévention, les méthodes statistiques sont progressivement évacuées du curriculum médical. Les instituts d'hygiène acquièrent un statut propre, ce qui amène à distinguer clairement, d'une part les aspects populationnels/écologiques de la santé, d'autre part les aspects individuels et bactériologiques centrés sur la maladie. Dès lors, les professionnels se spécialisent dans l'une ou l'autre direction – et auront par la suite bien du mal à retrouver des perspectives communes. D'autant plus que

la médecine curative devient grâce à des progrès scientifiques et technologiques majeurs de plus en plus efficace et que le corps médical devient un acteur social puissant.

**« La santé publique reste, en Belgique comme dans la plupart des pays du monde, le parent pauvre des systèmes de santé. »**

**(Alain Levêque)**

## Changer de paradigme

Il faudra attendre les années 50 pour que l'épidémiologie et la santé publique trouvent un nouvel essor et soient reconnues comme des disciplines scientifiques à part entière. Elles sont toutefois encore bien loin de guider les politiques, comme le soulignait **Alain Levêque** (École de santé publique de l'ULB) à l'occasion du cinquantième anniversaire de son institution : « La santé publique reste, en Belgique comme dans la plupart des pays du monde, le parent pauvre des systèmes de santé. L'effort collectif consacré à la promotion de la santé et à la prévention reste insignifiant et les

budgets mis à la disposition de ces politiques sont dramatiquement faibles. Les décideurs doivent être conscients que ne pas investir aujourd'hui mettra inévitablement en péril les finances publiques de demain et la santé des générations futures ».

## Devenez scandaleusement riches

**Marie-Christine Closon**, économiste de la santé à l'UCL précise et confirme ce constat dans une communication personnelle : « On observe clairement aujourd'hui un rendement décroissant des dépenses dans le secteur curatif. Autrement dit, il faut investir toujours plus pour obtenir un même niveau d'amélioration. Malgré ces investissements, les inégalités de santé persistent. Face à ces constats, de nombreuses voix s'élèvent pour prendre en compte, de manière beaucoup plus radicale, l'impact des facteurs environnementaux, sociaux, culturels, politiques, sur la santé. »

Cet article est largement basé sur un exposé de **Brigitte Martin-Béran** fait en 1995 à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) à Lausanne.

Les citations non référencées viennent de ce texte. Il a été publié dans *Santé Conjuguée* n° 65, juillet 2013. Nous le reproduisons avec son aimable autorisation.

## Stratégies

# État des lieux des emplois et activités financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles en promotion de la santé

**Chantal Leva**, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

**Dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État et du transfert des compétences, le Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS) a souhaité établir un état des lieux du secteur afin de documenter la mise en place de cette évolution institutionnelle majeure et de formuler des points de vigilance<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> Éducation Santé publiera une synthèse plus complète de ce travail le mois prochain.

Cette démarche est complémentaire à d'autres initiatives comme l'interpellation des décideurs politiques par le Conseil sur le devenir de la promotion de la santé<sup>2</sup>. Il ne s'agit pas ici seulement d'un cadastre des emplois directs et indirects en promotion santé francophone, même si cet aspect de la question est évidemment très important. D'autres informations ont également été récoltées, telles que le niveau et le territoire d'intervention, les effets de levier des financements, etc. Le CSPS souhaite que cet état des lieux puisse contribuer à documenter l'impact et les conséquences concrètes de la réforme sur les emplois et les activités de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et dans les régions wallonne et bruxelloise.

## Les répondants

Les destinataires de l'enquête ont été déterminés sur base de la liste des organismes ayant bénéficié en 2013 d'une subvention pour des programmes d'action ou de recherche et/ou dans le cadre d'un agrément. Il s'agit donc bien d'une 'photographie à un moment donné'. Les services de promotion de la santé à l'école (PSE) n'ont pas été consultés, dans la mesure où ils ne sont pas concernés par le transfert entre entités. Les projets communaux faisant l'objet d'un appel à projet spécifique n'ont pas non plus été sollicités.

L'enquête a été diffusée par voie électronique à une septantaine d'opérateurs. 58 ont réagi. Le taux de réponse est donc estimé à plus de 80 % et ce malgré la période d'envoi de l'enquête et le bref temps imparti pour y répondre (c'était pendant les congés de fin d'année 2013). On peut estimer en outre que les répondants représentent environ 88 % du budget de financement des programmes d'actions et de recherche et des agréments. Ce taux de réponse élevé appuie le fait que les opérateurs sont soucieux de la politique d'emploi à mener suite aux transferts de compétences aux (et entre) entités fédérées.

Parmi les répondants, les organismes sont majoritairement des asbl (83 %). 25 organismes sur 58 comprennent des unités consacrées à la promotion de la santé aux côtés d'autres unités qui mènent des activités en matière de prévention, éducation permanente, soins, accueil, information, etc. Cependant les résultats qui suivent ne concernent que la partie 'promotion de la santé' du travail de ces organismes.

## Les emplois

Environ 200 équivalents temps plein sont directement financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles sur un total estimé de 300 emplois identifiés comme dédiés à la 'promotion santé' dans ces mêmes organismes. Ce chiffre ne tient pas compte des emplois dédiés à la promotion de la santé dans des organismes ou services non financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles (provinces, communes, mutuelles, fondations, etc.).

**La diminution de l'activité des opérateurs de seconde ligne risque d'entraver le maintien et le développement de la promotion de la santé dans de nombreux services de première ligne.**

Il était aussi demandé aux services de refléter la politique de l'emploi au cours des deux dernières années et les perspectives pour 2014. 45 % des répondants mentionnent que des préavis ont été ou allaient être signifiés aux employés dans un proche avenir ; 24 % estiment que l'emploi est resté stable ; 19 % précisent que la précarité des emplois a été accentuée (diminution temps de travail, maintien sous CDD, diminution de la durée des CDD, etc.) ; 12 % n'ont pas encore pris de mesures relatives à l'emploi car ils sont en attente

de réponses, de financement ou sont en questionnement.

## Sources de financement

33 % des services répondants (19 services) reçoivent moins de 100 000 € ; 57 % des répondants (33 services) reçoivent entre 100 000 et 300 000<sup>3</sup> ; et 10 % des répondants reçoivent plus de 300 000. 76 % des répondants (44 services) mentionnent d'autres sources de financement en promotion de la santé telles que : Wallonie (27), Région de Bruxelles-Capitale (15), fonds propres (15), fédéral (10), niveau communal (7), provincial (7)... Plus de la moitié des organismes (53 %) mentionnent aussi des ressources non financières comme la mise à disposition de locaux ou encore l'appui pour gestion comptable, secrétariat social, etc. pour assurer leurs missions de promotion de la santé. Il est à noter que 22 organismes ne reçoivent à l'heure actuelle aucun financement des régions.

## Effets de levier

Les financements de la Fédération Wallonie-Bruxelles en promotion de la santé opèrent des effets de levier non négligeables. Les plus fréquents sont les aides à l'emploi : 53 % des organismes bénéficient d'aides pour les emplois financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles en promotion de la santé. Environ 70 % des organismes qui mentionnent des ressources venant des régions déclarent des aides à l'emploi pour les missions de promotion de la santé financées par la Communauté française. Certains opérateurs (10 %) disposent d'aides à l'emploi dans le cadre du Maribel social ou des articles 60 des CPAS. D'autres effets de levier sont aussi cités : la reconnaissance par d'autres pouvoirs publics, des opportunités en termes de partenariats et des subsides complémentaires.

## Public cible et territoire

Il y a plus d'équipes majoritairement actives en deuxième ligne (32 sur 55) qu'en

<sup>2</sup> Voir Chantal Leva 'Lettre aux ministres concernés par les transferts de compétences francophones en promotion de la santé', in Éducation Santé n° 298, pages 7 à 9, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1674>

<sup>3</sup> C'est le cas des Mutualités chrétiennes pour Éducation Santé avec une dotation de 150.000 euros par an (ndlr).

première ligne (9 sur 55), 14 autres équipes font état d'un équilibre entre les deux types d'activités.

33 services (63 %) déclarent de nombreuses activités vers les enfants et les jeunes. Seuls 15 services déclarent des activités vers les plus de 65 ans.

Le territoire d'intervention des répondants se situe pour 45 % presque exclusivement ou pour une part majoritaire en Wallonie, 43 % situent leurs activités de manière équilibrée sur les territoires bruxellois et wallon. Parmi ces derniers, on retrouve 70 % des organismes qui ne déclarent pas d'autres sources de financement que celles de la FWB en promotion de la santé.

### Cinq points d'attention fondamentaux

Ces premiers résultats amènent le Conseil à formuler les points de vigilance suivants. Les **risques encourus par l'emploi et l'expertise** en promotion de la santé du fait de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État sont tangibles. La politique de l'emploi en promotion de la santé financée par la Fédération Wallonie-Bruxelles est estimée à 200 équivalents temps plein (hors services de promotion de la santé à l'école), mais ces emplois sont majoritairement précaires, donc fragiles en des périodes de resserrement des finances publiques. Les incertitudes liées au financement du secteur entraînent des préavis ou des diminutions de temps

de travail pour les employés du secteur. De plus, l'insécurité des emplois engendre une fuite des personnes expérimentées et expertes. Une large part de ce risque est supportée par des asbl (83 % des opérateurs) et fragilise donc celles-ci.

**Le financement** par la FWB du secteur de la promotion de la santé **a des effets de levier** sur d'autres sources de financement comme des aides à l'emploi ou des ressources non financières. Par un effet domino, l'absence ou la diminution de ces financements pourrait entraîner la disparition de l'activité de promotion de la santé dans un nombre non négligeable d'organismes. Au minimum une centaine d'emplois pourraient être concernés.

#### 45 % des opérateurs interviennent de manière équilibrée sur les deux régions.

Ces opérateurs sont particulièrement fragiles dans cette période de réorganisation. D'un côté, environ la moitié d'entre eux n'ont aucune autre source de financement que la Communauté française et devront donc se faire reconnaître par les deux régions. De l'autre, ceux qui sont déjà financés par une ou par les deux régions encourent le risque de voir globaliser leur financement dans une enveloppe diminuée.

Les activités des opérateurs financés sont **majoritairement des activités de deuxième ligne** qui soutiennent le travail des professionnels en lien direct avec les

populations. La diminution de l'activité de ces opérateurs risque donc d'entraver le maintien et le développement de la promotion de la santé dans de nombreux services de première ligne.

Si on tient compte de l'ensemble des projets visant de manière majoritaire le public 'enfants et jeunes', cela représente une part très significative du budget que la Fédération Wallonie-Bruxelles consacre à la promotion de la santé et à la médecine préventive. **Les publics 'enfants et jeunes' sont des bénéficiaires directs ou indirects de deux tiers des organismes répondants.** Comment ces organismes maintiendront-ils la cohérence de leurs interventions avec les politiques de la Communauté française vers les enfants et les jeunes quand ils seront subsidiés par les régions ?

Le Conseil estime indispensable de veiller à ce que ces résultats puissent être diffusés rapidement de manière à pouvoir être pris en compte dans les discussions concernant la future réorganisation du secteur de promotion de la santé.

*Avis d'initiative du Conseil supérieur de promotion de la santé du 31 janvier 2014. Accessible en ligne depuis le 10 mars 2014 sur <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=5988>*

## Outils

### Keski handicap jeunesse

#### Description

Mallette pédagogique de sensibilisation au handicap, pour les jeunes, les familles, les écoles, les associations, les centres de vacances...

#### Matériel

- Un plateau de jeu

- 100 cartes : 56 cartes 'Informations', 24 cartes 'Actions', 20 cartes 'Handicaps'
- Bloc de feuilles de joueur, pions
- Matériel pour expérimenter des situations de handicap : 12 lunettes (vision floue, vision tubulaire, vision borgne), 4 casques anti-bruits, 8 bandeaux, alphabet braille, guide carte postale...

- Livret de règles, bibliographie, guide d'animation

#### Concept

Un jeu pour faire évoluer le regard sur le handicap et développer des attitudes plus justes en adéquation avec les attentes et les besoins des personnes en situation



de handicap. Il s'adresse à tout public jeunesse dans le cadre du milieu scolaire, de centres aérés, de centres de vacances, pour sensibiliser sur le handicap et faciliter l'intégration d'un camarade en situation de handicap.

Le jeu se pratique soit individuellement, à partir de 3 joueurs, soit par équipe de 2 ou 3 joueurs.

## Objectifs

- Comprendre l'univers des personnes en situation de handicap et ainsi faciliter leur intégration.
- Mieux connaître les différents types de handicap et leur impact.
- Changer son regard : sortir de ses représentations et croyances sur le handicap.
- Développer des attitudes plus justes, facilitant le contact, réduisant les maladresses et l'autocensure dans la relation.

## Conseils d'utilisation

- Cartes 'Informations' : on recueille de l'information avec des mini-quiz, des 'vrais' ou 'faux', des témoignages, pour mieux connaître les différents types de handicaps et leur impact.
- Cartes 'Actions' : invitent à réaliser des épreuves simples handicapantes ou en lien avec un handicap.
- Cartes 'Handicaps' : pour expérimenter de mini situations de handicap pendant un ou plusieurs tours afin de 'ressentir' et de comprendre de 'l'intérieur' le vécu d'une personne en situation de handicap.

Une fiche personnelle permet à chaque joueur de garder en mémoire les informations, réflexions et prises de conscience les plus importantes pour lui. Au cours de la partie, les joueurs sont invités à échanger sur ce qui les étonne et ce qu'ils découvrent.

Durée d'une partie : entre 1 heure et 1/2 journée, selon le type d'animation choisie.

## Bon à savoir

Il existe aussi en version adulte pour faciliter l'intégration de travailleurs handicapés dans le contexte professionnel (cf. [www.keski.fr](http://www.keski.fr)).



## Où trouver l'outil ?

Chez l'éditeur : KESKI / Benoît Carpiér,  
19 rue de la Grenouillette,  
78180 Montigny Le Bretonneux.  
Tél. : (0)1 80 78 60 30 ou (0)6 03 46 24 30  
(portable). Courriel : [contact@keski.fr](mailto:contact@keski.fr).  
Internet : <http://www.keski.fr>  
Les CLPS de la Province de Luxembourg et  
l'Outilthèque provinciale en promotion de  
la santé (Namur) peuvent vous prêter cet  
outil.

## L'avis de PIPSa ([www.pipsa.be](http://www.pipsa.be))

La Cellule d'experts de PIPSa a accordé la  
mention 'coup de cœur' à cet outil en 2012.

## Appréciation globale

Le postulat de base de travail est 'la  
personne handicapée = une personne  
normale', le jeu introduit bien ce concept.  
L'humour est bien présent ce qui renforce  
le plaisir de la découverte. La méthode  
d'expérimentation (se mettre à la place  
d'une personne en situation de handicap,  
ou d'un aidant) est pertinente pour une  
prise de conscience des difficultés réelles.  
La notion d'entraide est bien mise en  
œuvre. La démarche permet l'expression  
des ressentis via une feuille personnelle à  
reprendre chez soi.

La question de motivation du groupe  
est importante au départ. En effet, il  
ne s'agit pas de simplement s'amuser  
mais d'approcher de manière ludique  
une problématique sensible et difficile  
à aborder.

Cet outil est beau, attractif, le matériel  
est adéquat (sauf les lunettes, un peu  
fragiles) mais coûteux, idéal donc pour  
les centres de prêt. La prise en main est  
facilitée par la clarté du mode d'emploi.  
De nombreuses sources fournissent  
beaucoup de pistes d'approfondissement.  
Les cartes 'Information' font appel à des  
connaissances particulières et ne sont pas  
accessibles aux plus jeunes.  
Cet outil peut être utilisé une ou deux fois  
sur une année, pour pointer l'évolution des  
représentations. Le temps minimum est de  
2 heures.

## Objectifs

- Connaître des handicaps.
- Prendre conscience des multiples obstacles que rencontrent au quotidien les personnes en situation de handicap.
- Faciliter l'intégration des personnes souffrant d'une limitation due à un handicap.

## Public cible

À partir de 10 ans jusqu'à 16 ans (sans les  
cartes 'Information', sauf si suite à un  
cours). À partir de 16 ans, avec les cartes  
'Information'.

## Utilisation conseillée

Adapter certains contenus au contexte  
belge.  
Recomposer les cartes 'Information' si  
utilisées avec des jeunes de moins de  
16 ans.

## Vu pour vous

# Images mentales : clap ! Sixième

Alain Colman

**L'asbl Psymages, quinze ans cette année, proposait en février dernier la 6<sup>e</sup> édition de son festival 'Images mentales' à l'Espace Delvaux du Centre culturel de Watermael-Boitsfort.**

Deux journées et deux soirées d'images autour de la santé mentale, de l'étrangeté, de la folie, de la psychiatrie : des métrages courts et longs, des documentaires, des reportages, des films d'ateliers vidéo et des fictions. Avec un public de plus en plus nombreux pour une programmation de grande qualité. Et avec toujours le même enjeu : nous sensibiliser à l'idée que cette personne qui a un problème mental, elle n'est pas si loin de moi. Elle vit, pense, aime, crée, joue, rit, pleure, regarde, communique. Elle peut même me toucher au cœur. Petit florilège.

### Longs et beaux

*Lame de fond* (57', 2013), de **Perrine Michel**, s'ouvre sur une sorte de berceuse, une comptine un peu inquiétante. La vente d'une grande maison de famille, en pleine campagne, déclenche des souvenirs d'enfance qui, progressivement, se teintent d'ambiguïté : cette ancienne ferme est un lieu austère mais où l'on se sentait bien ; elle accueillait tout un chacun dans une sorte de communauté post-soixante-huitarde, mêlant féminisme et amours libres... D'où une incertitude, chez la narratrice, quant à sa filiation. Ainsi qu'une puberté difficile et, plus profondément, une identité de femme incertaine elle aussi (suis-je une poupée Barbie ?). Les prises de vue en extérieur – arbres, branches, feuilles, écorces – alternent avec des images fixes – y figurent les seuls visages visibles – qui semblent extraites d'un album de famille. La voix off de la narratrice se surexpose à celles de son frère et de sa sœur. Les images construisent des oppositions : ombre/lumière, ouverture/



fermeture. La souffrance en sourdine se fait soudain jour avec la confidence de violences sexuelles voire d'inceste. Le spectateur croit avoir compris mais il s'aperçoit bien vite que ce qu'il entend est aussi de l'ordre du délire. La narratrice, dans le métro, se sent suivie, espionnée par le pouvoir en place ou l'extrême-droite, fait un lien explicite entre politique et folie<sup>1</sup>. Elle s'exclame « *Je ne sais plus ce qui est vrai et ce qui est faux* », confirmant le spectateur dans son propre trouble. Les images deviennent surréalistes (collages, montages, animation). Pourtant ce n'est pas éclaté, tout est maîtrisé, amenant le spectateur à se demander quelles sont les parts de l'imaginaire, de l'autobiographie et de la fiction. Un beau film qui brouille les limites. Tout autre forme avec *La Chasse au Snark* (100', 2013), reportage dans un centre

louviérois qui, depuis quarante ans, accueille en semaine une trentaine de mineurs 'inadaptés au système scolaire'. Traduction : ces jeunes se triment généralement de sacrées casseroles, des histoires familiales chaotiques, violentes. **François-Xavier Drouet** nous les montre mais aussi leurs éducateurs. On a le temps de s'attacher à tous.

D'abord les adultes – c'est ainsi qu'ils s'auto-nomment –, au Snark. Des paroles et des regards, du cœur et de la rigueur. Ils disent « l'affectif » parce que la pudeur les empêche de dire « affection ». Ils ne la ramènent pas mais tiennent bon. Ils interrogent la tentation de ces ados de foutre les choses en l'air, d'exploser le lieu où « ça va bien » alors qu'ils ne touchent rien là où « ça ne va pas » – et sollicitent leur envie de construire, de moins souffrir. Pas d'angélisme.

Ensuite les jeunes, dont les mots conjuguent parfois drôlerie et justesse : « *Celui qui ne pète jamais un câble, il est fou* » (Sullivan), « *c'est trop dangereux la vie* » (Hamza), « *ici, sans insultes, y a pas de dialogue* » (Angèle). Ou tristesse et sincérité : « *J'ai quand même une vie de merde* » (Luis, laissant enfin tomber le masque), « *chez moi, c'est pas chez moi* » : Angèle encore, 14 ans, toujours dans l'opposition, toujours boutonnée jusqu'au cou. Un éducateur lui parle de « *Celle que tu caches bien tout au fond* »... Angèle dont la silhouette s'éloigne à la fin du film, Pierrot androgyne, Paulette Godard sans Charlie Chaplin.

Au fait, font-ils la chasse au Snark ? Ils iraient plutôt à la pêche. La main est ferme. Mais ça mord souvent, faut mettre des gants.

<sup>1</sup> Ce qui nous fait penser au court métrage *Mon délire*, de René Paquot (1973), présenté lors de la 4<sup>e</sup> édition du même festival en 2012... Et ce fantasme n'est pas si dingue lorsqu'on pense à l'espionnage tous azimuts de la National Security Agency étatsunienne via les nouvelles technologies !

Mardi soir, très bonne surprise avec *Harvey*, comédie de **Henry Coster** (104', 1950) adaptée d'une pièce de Broadway datant de 1942. James Stewart y joue le rôle d'Elwood P. Dowd, alcoolique mondain mais surtout excentrique halluciné, qui contrevient aux codes de la bonne société. Sa sœur s'inquiète ! Entrée en scène de psychiatres mâtinés de psychanalyse mais toujours prompts à sortir la seringue contenant le médicament salvateur. En contrepoint : un chauffeur de taxi qui a, lui, les yeux ouverts et les pieds sur terre. Jimmy Stewart entre ses rôles de naïf sympathique et sincère chez Capra à la charnière des années 1930-40<sup>2</sup> et ses personnages plus durs ou ambigus de la décennie 1950<sup>3</sup>.

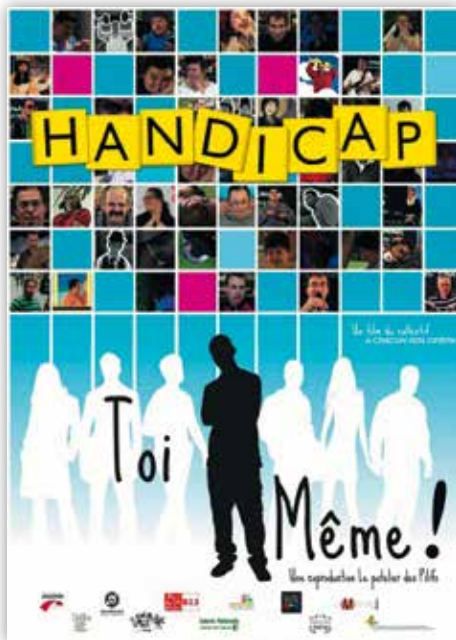
Ah oui : Harvey est un grand lapin blanc (1 m 91) qu'Elwood est seul à voir et avec qui il parle. Tiens, tiens. Le lapin blanc d'Alice et le Snark que l'on chasse dans certain poème surréaliste sont de la même main... Celle de Lewis Carroll. Vous avez dit bizarre ? Comme c'est étrange.

## Courts mais bons

Mercredi est le jour des courts métrages : réalisations collectives (films d'ateliers) ou individuelles (souvent par des personnes ayant fréquenté une institution). Petit choix personnel.

*Space School* (La Petite Maison, 8', 2013) met en scène une 'école spéciale d'enseignement spatial' qui se livre à une entreprise de décervelage électronique. Deux élèves résistent ! S'ensuit une course-poursuite dans un univers de science-fiction, effets spéciaux compris. Happy end avec commentaire de la surveillante : « *Ceux-là, ils ne feront jamais comme les autres* »...

Dans la réalité, on est dans l'enseignement spécialisé, avec une population proche de celle du Snark. Ici, les élèves, même s'ils sont coscénaristes et acteurs, travaillent sous contrainte. L'absentéisme est élevé et le contexte violent, avec beaucoup de passages à l'acte. L'implication des adultes est d'autant plus importante : le vidéaste, dira **Pierre Jadot**, doit lui aussi « mouiller sa chemise » devant la caméra.



*Handicap, toi-même* (À chacun son cinéma / Le Potier des Pilifs, 23', 2013) donne d'abord le micro à des adultes handicapés qui le tendent à tout un chacun dans la rue : c'est quoi, pour vous, le handicap ? Des réponses intéressantes, on est loin du micro-trottoir vite-fait-mal-fait. Le propos du film est clairement de démystifier le handicap, il s'attarde – de façon didactique mais légère (et utile) – sur l'étymologie du mot, et débusque ce qui sous-tend l'exclusion des personnes handicapées : « *Je rejette ce que je ne veux pas voir en moi, cette part de différence, d'anormalité, d'irrationalité supposée* ». L'intention très évidente des promoteurs est heureusement contrebalancée par le professionnalisme, l'humour et une recherche formelle sans excès (mélange de collages, d'images retravaillées, d'interviews). Le film, visible sur *Youtube*, se double d'une valisette pédagogique ([www.handicaptويمeme.be](http://www.handicaptويمeme.be)). Avis aux animateurs/trices !

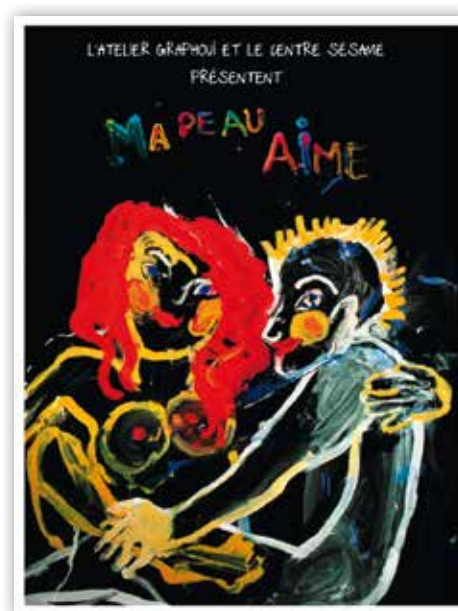
*Ma peau aime* (11', 2013) repose formellement sur un travail de peinture sur vitre photographié puis mis en mouvement. Le point de départ est double : un groupe de parole au Centre Sésame, sur la vie affective et sexuelle de personnes handicapées, et l'envie d'une animatrice de faire un film avec

**Alice Moens**, de l'Atelier Graphoui.

Les thèmes : l'intimité, le désir, le corps, la peau, la sexualité. Le film se construit en cinq jours au départ de cette phrase : « *Le sourire de la grenouille ne part pas en vapeur* » (sic)... Bon. Et ensuite ? L'équipe de tournage n'est pas démontée par la question : « *On va là où on ne croyait pas aller et, à partir de là, on poursuit la démarche jour après jour* »... Nous, on est épatés par le résultat.

*Klönne Morpheus* (6', 2013) est un autre film d'animation. Participant à un atelier 'terre cuite' de l'Equipe, **Agnès Simon** construit à partir d'un reste de terre un personnage qui lui donne envie de poursuivre l'expérience. Surgissent d'autres bustes (qui peuvent faire penser aux pièces du jeu d'échecs) qu'elle appelle « mes petites têtes », puis des cubes qui évoquent le jeu de dés et qu'elle nomme « dé-braillés » (poinçonnés comme pour l'écriture Braille). Le film démarre sur la voix off d'une sorte de demiurge perpétuellement hilare et se poursuit sur une musique de kermesse, des cris, des feux d'artifice. Il en ressort une impression de drôlerie loufoque et de liberté. L'auteure dira : « *Soit on rentre dans un délire, soit on s'offre un petit espace pour délirer* ».

Une bonne chute, non ?



<sup>2</sup> *You can't take it with you*, *Mr. Smith goes to Washington* et *It's a wonderful life*.

<sup>3</sup> Notamment les quatre thrillers pour Hitchcock (dont *Fenêtre sur cour* et *Vertigo*) et cinq westerns pour Anthony Mann, où le thème de la vengeance est omniprésent et qui méritent d'être (re)découverts.





# Sommaire

# Education Santé

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

**Abonnement:** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré à ce numéro:** Alain Colman, la Fondation Contre le Cancer, Alda Greoli, Chantal Leva, Marianne Prévost et Chantal Vandoorne.

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

**Journaliste:** Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

**Relectures:** Danielle Beeldens, Carole Feulien.

**Recherches iconographiques:** Danielle Beeldens.

**Site internet:** Jacques Henkinbrant (design et développement), Carole Feulien (animation).

**Réseaux sociaux:** Carole Feulien.

**Lettre d'information:** Carole Feulien.

**Contact abonnés:** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Comité stratégique:** Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel:** Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

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

**Impression:** Impaprint.

**Tirage:** 2 200 exemplaires.

**Diffusion:** 2 100 exemplaires.

**ISSN:** 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

**Pour tous renseignements complémentaires:**

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 50.

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

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

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

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

[www.promosante.net](http://www.promosante.net).

## Éditos

- 2 Choix politiques, par Alda Greoli
- 3 300, par Christian De Bock

## Initiatives

- 3 Faut-il 'liker' pour exister ?, par *Christian De Bock*
- 5 Encore et toujours les inégalités sociales de santé, par *Christian De Bock*
- 6 Et si la promotion de la santé était un art du paradoxe !, par *Chantal Vandoorne*
- 7 *Tabacstop*, le coaching personnel de plus en plus populaire, par la *Fondation Contre le Cancer*

## Réflexions

- 8 L'épidémiologie, une vieille dame tenace, par *Marianne Prévost*

## Stratégies

- 10 État des lieux des emplois et activités financés par la Fédération Wallonie-Bruxelles en promotion de la santé, par *Chantal Leva*

## Outils

- 12 *Keski handicap jeunesse*

## Vu pour vous

- 14 Images mentales : clap! Sixième, par *Alain Colman*



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-  
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

