

# ÉDUCATION SANTÉ

JANVIER 2015

307

*Une campagne  
de communication  
controversée  
sur le tabac*

*Christian De Bock*

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

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

# ÉDITORIAL

## Éducation Santé, pour tout savoir sur la promotion de la santé en Belgique francophone

Christian De Bock, rédacteur en chef

À l'heure où le transfert d'une partie du budget de la promotion de la santé<sup>1</sup> est effective, il peut sembler quelque peu provocateur de titrer un éditorial sur la francophonie belge plutôt que sur Bruxelles et/ou la Wallonie.

La prise en considération des particularités régionales n'est pas incompatible selon nous avec cette dimension culturelle qu'Éducation Santé défend depuis longtemps, à l'intérieur comme à l'extérieur de nos frontières, et avec un certain succès à en croire les encouragements fréquents de nos amis africains, français et québécois.

Donc, n'ayons crainte de nous inscrire dans une dimension essentielle du 'projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales' tel que présenté par le PS, le MR, Écolo et le cdH en septembre 2013 : « *nécessité de maintenir et renforcer des liens privilégiés entre la Wallonie et Bruxelles pour faciliter la vie des bénéficiaires et prestataires, pour garantir la solidarité au niveau le plus haut possible et un accès aux prestations les plus larges pour l'ensemble des citoyens* ».

Qu'on me permette de rappeler ici les fondamentaux de notre mensuel et sa volonté réaffirmée de s'inscrire dans les bouleversements que connaît aujourd'hui le secteur de la promotion de la santé mais aussi de manière plus générale celui de l'information.

### Des dizaines d'années de présence

Éducation Santé, le mensuel publié par la Mutualité chrétienne, existe depuis près de 40 ans et a franchi l'année dernière le cap de son 300<sup>e</sup> numéro.

Son but est de promouvoir la promotion



de la santé : le concept, les stratégies, les méthodes, les processus d'évaluation, mais aussi les initiatives concrètes, qu'elles émanent des pouvoirs publics ou du secteur associatif, tant locales qu'au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Wallonie, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et plus généralement de l'espace francophone (Québec, France, Tunisie...). La revue Éducation Santé est un instrument d'information, de formation, d'échange et de contact destiné aux acteurs de la promotion de la santé en Belgique francophone et ailleurs, à titre individuel ou institutionnel dans le cadre d'une activité professionnelle. Le public de la revue : enseignants, étudiants, animateurs, médecins, paramédicaux, documentalistes, responsables de services de promotion de la santé mutualistes et autres, de centres de santé, de PSE, d'hôpitaux...

### Déclinaisons multiples au goût du jour

Vous trouverez l'intégralité des articles parus dans la revue depuis 2001 sur son site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be), soit

près de 2000 textes<sup>2</sup>. De plus la totalité des numéros parus depuis le début de la publication en 1978 sont également disponibles sur le site<sup>3</sup>. Les amateurs d'archéologie sanitaire y observeront entre autres qu'Éducation Santé évoquait déjà la 'promotion de la santé' cinq ans avant la célèbre charte d'Ottawa, à une époque où il était pourtant de bon ton de parler d'« éducation à la santé » (j'insiste sur le 'à')... Le site vient d'être complètement revu voici quelques semaines. Son moteur de recherche, qui en est le noyau, est plus puissant encore qu'auparavant et son ergonomie a été améliorée<sup>4</sup>. N'hésitez pas à le consulter !

Nous reviendrons longuement dans le prochain numéro sur ce travail de longue haleine qui a mobilisé la petite équipe de la revue une bonne partie de 2014. Si vous découvrez la revue et désirez la recevoir à domicile, rien de plus simple, il vous suffit de compléter le formulaire en ligne <http://educationsante.be/revue/inscription/>.

Pour vous tenir informés chaque mois des derniers articles parus dans la revue, Éducation Santé vous propose aussi de vous abonner à sa lettre d'information mensuelle à l'adresse <http://educationsante.be/newsletter/inscription>.

La revue Éducation Santé est aussi active depuis plusieurs années sur les réseaux sociaux, afin de vous donner

1. De l'ordre de 40 % des 40 millions de dépenses annuelles en la matière, les 60 % restants couvrant les dépenses de vaccination et la PSE restent pour leur part à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

2. Depuis un an, certains articles sont publiés uniquement sur le site.

3. En format PDF pour les 154 premiers numéros.

4. Le site est optimisé pour être consulté avec Internet Explorer 9+, Chrome 31+, Safari 7.0.1+, Firefox 26+ et leurs équivalents mobiles. Si votre ordinateur utilise IE 8 (ce qui est encore relativement fréquent), nous vous conseillons d'installer gratuitement Chrome.

les dernières actualités du secteur en quelques clics. N'hésitez pas à 'aimer' sa page Facebook ([www.facebook.com/revueeducationsante](http://www.facebook.com/revueeducationsante)) ou à la

suivre sur Twitter ([www.twitter.com/EducationSante](http://www.twitter.com/EducationSante)). Et les *Actualités* sont quotidiennement répercutées sur le site lui-même. De quoi

vous permettre de ne pas perdre une miette des avatars que vit notre secteur !

## INITIATIVES

### Vie & VIH aujourd'hui

D'après le dossier de presse de la **Plate-forme prévention sida**

**La Journée mondiale de lutte contre le sida du 1<sup>er</sup> décembre permet chaque année de faire le point sur la maladie, son incidence, les avancées en matière de dépistage, les progrès thérapeutiques. C'est aussi l'occasion de dénoncer les discriminations dont les personnes porteuses du VIH sont encore et toujours victimes et de marteler un indispensable message de solidarité.**

Les avancées thérapeutiques en matière de traitement de l'infection par le VIH ont été importantes ces dernières années. Le sida est à présent considéré comme une maladie chronique, avec laquelle on peut vivre longtemps si on suit correctement le traitement. Certes, ces traitements sont plus faciles à suivre (pilule unique) et mieux supportés qu'auparavant, mais ils n'en sont pas moins toujours assortis d'effets secondaires. De plus, s'ils parviennent à contrôler le virus, ils ne vont pas jusqu'à la guérison et l'état inflammatoire suscité par la présence du VIH favorise le développement de nombreuses autres pathologies. La séropositivité reste donc difficile à vivre physiquement. À cela s'ajoutent les difficultés d'ordre affectif, social et psychologique : dépression, manque d'estime de soi, auto-exclusion, rejet par des proches ou collègues, discriminations dans la vie professionnelle et dans la vie sociale, avec, pour corollaire, l'isolement et la peur de dire sa séropositivité, de parler de sa maladie. Il est tout aussi capital de continuer à se protéger et c'est pourquoi, à côté de la lutte contre la discrimination, la prévention reste un axe d'action prioritaire de la Plate-forme prévention sida.

Cette prévention passe par l'information et la sensibilisation du grand public et des groupes à risque. Surtout, elle implique l'intensification des dépistages pour faire baisser le pourcentage de dépistages tardifs. Actuellement près de 4 dépistages sur 10 sont tardifs, ce qui augmente



considérablement le risque de nouvelles transmissions du VIH. Il importe donc de changer l'image de la séropositivité, mais aussi de renforcer l'offre de dépistages, notamment l'offre de dépistages anonymes et gratuits.

### Pourquoi la prévention reste-t-elle une priorité ?

Parce que chaque jour, en Belgique comme dans le monde entier, le VIH se transmet à de nouvelles personnes. Malgré les progrès enregistrés par la lutte contre le sida au niveau mondial, le nombre de contaminations se situe toujours à un niveau élevé. En 2013, 35 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. La même année, 2,1 millions de personnes ont été infectées par le VIH et 1,5 million de

personnes sont décédées de maladies liées au sida. Même si le nombre de nouvelles infections est en régression, ces chiffres restent évidemment impressionnants. En Belgique aussi la situation reste préoccupante. En 2013, 1115 nouvelles infections ont été diagnostiquées. On observe également une forte augmentation du nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST), ce qui traduit clairement un relâchement des comportements de prévention. En clair, même si l'on parle beaucoup moins du sida aujourd'hui, le risque n'a pas pour autant diminué.

### L'exposition 'Vie & VIH aujourd'hui'

Marie, Jan, Alic, Carine, Carlotta, Jean-Christophe, et les autres... pour témoigner du VIH/sida, pour nous inciter à la réflexion, à la prévention, à la solidarité...

L'exposition est composée d'une part de photos présentant des portraits très 'nature', en couleur, accompagnés d'un extrait du témoignage. Ces photos ont été réalisées par Sylvie Dessault (voir encadré page suivante). D'autre part, elle propose des petits films d'environ deux minutes qui présentent ces témoignages en 'live' : les gens pourront les regarder sur le site de la Plate-forme et, s'ils le désirent, les partager sur les réseaux sociaux. Les coups de gueule, les craintes, ce qu'on a sur le cœur, ce qu'on a envie de dire concernant le VIH/sida. Il suffit de quelques mots pour participer à cette grande communauté. Chacun peut filmer son témoignage – sur smartphone par exemple



– et le poster sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org). Pourquoi cette exposition ? Parce que le sida se transmet non seulement par le virus VIH, mais aussi par le silence, l'indifférence, l'ignorance, les préjugés et les tabous. Pour lutter contre les idées fausses et les discriminations. Et enfin parce que, malgré les progrès en matière de traitements et de stratégies de prévention, le sida est toujours là. Il continue à se faufiler dans la vie des femmes et des hommes jusque dans leur intimité. Il contamine chaque jour de nouvelles personnes.

Qui sont ces témoins et de quoi parlent-ils ? Les témoignages présentés émanent de personnes très diverses : des hommes, des femmes, des jeunes et des moins jeunes. Les uns ont été contaminés par le VIH, les autres pas. Certains s'expriment à visage masqué car ils n'osent affronter le regard des autres. Face à la caméra, ils parlent de leur vie, des traitements, des risques qu'ils prennent ou pas, de la nécessité de se protéger et de s'informer, mais aussi d'amour et d'espoir.

L'exposition a beaucoup circulé le mois dernier à Bruxelles et en Wallonie (il en existe une douzaine d'exemplaires), notamment dans les grandes gares bruxelloises de la SNCB, partenaire historique de la Journée mondiale de lutte contre le sida. Elle est disponible sur demande via le formulaire de contact sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org). Les témoignages filmés peuvent être visionnés sur le site [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

### Sylvie Dessault, la photographe de l'exposition 'Vie & VIH aujourd'hui'

Diplômée de l'École de la Cambre, **Sylvie Dessault** a travaillé dans des domaines très divers, tels que la publicité ou l'architecture, mais ce qui la passionne depuis toujours, c'est le 'portrait', qu'il s'agisse d'une personne ou d'un lieu. La photographe de 'Vie & VIH aujourd'hui' n'en est pas à sa première collaboration avec la Plate-forme prévention sida. On lui doit déjà, notamment, dans le cadre des actions passées, de nombreux portraits de témoins et de personnalités participant aux campagnes. « Ce que j'ai voulu faire ici, ce sont des

portraits dans lesquels les gens peuvent se reconnaître, qui soient les plus naturels possible. Je ne les voulais ni 'pathétiques', ni esthétisants. C'est pour cela que j'ai fait le choix de la couleur, plus proche de la réalité que le portrait noir et blanc, qui a une connotation plus artistique et induit donc une certaine distance. 'Vie & VIH aujourd'hui' n'est pas une exposition d'art, mais une série de témoignages. L'essentiel, c'est de communiquer, de faire passer aux visiteurs les messages et réflexions de ces témoins. »

## Salads de fumeurs! <sup>1</sup>

### France : une campagne controversée de communication sur le tabac

Christian De Bock

#### Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT)

« En France, 13 millions d'adultes fument quotidiennement. Et la situation s'aggrave. Le nombre de fumeurs augmente, surtout chez les jeunes. Nous ne pouvons plus nous résigner à ce que le tabac tue 73 000 personnes chaque année dans notre pays, soit l'équivalent d'un crash d'avion de ligne par jour, avec 200 passagers à bord ! Nous ne pouvons plus accepter ce fléau qui tue vingt fois plus que les accidents de la

route, alors même qu'il est évitable. »

**Marisol Touraine**, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a présenté fin septembre 2014 un ambitieux plan d'actions coordonnées contre le tabac. Les objectifs en sont très ambitieux : diminution de 10 % du nombre de fumeurs dans 5 ans ; moins de 20 % de fumeurs en France dans 10 ans ; les enfants qui naissent aujourd'hui doivent être la première génération de non-fumeurs dans 20 ans.

Le programme s'articule selon trois axes :

#### Axe 1 - Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme

- Adopter les paquets de cigarette neutres pour les rendre moins attractifs
- Interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans
- Rendre non-fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants
- Encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques<sup>2</sup> et interdire le *vapotage* dans certains lieux publics

<sup>1</sup> Les cinéphiles auront saisi l'allusion à « Salads de pauvres », la fameuse réplique de Jean Gabin dans le chef-d'œuvre de Claude Autant-Lara 'La traversée de Paris' (1956).

## Axe 2 - Aider les fumeurs à arrêter

- Diffuser massivement une campagne d'information choc (voir ci-dessous)
- Impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme
- Améliorer le remboursement du sevrage tabagique

## Axe 3 – Agir sur l'économie du tabac

- Créer un fond dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information)
- Renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac
- Renforcer la lutte contre le commerce illicite du tabac

## La nouvelle campagne de prévention de l'INPES

La ministre annonçait une campagne choc, nous n'avons pas été déçus.

Cette réalisation de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) rappelle que le tabac tue un consommateur sur deux au moyen de deux spots massivement diffusés cet automne (télévision, radio, internet) et jouant ouvertement la carte de l'émotion. Dans l'un, une mère vraisemblablement décédée depuis peu s'adresse à ses enfants (« Je voulais vous dire une dernière fois que je vous aime et que votre maman sera toujours près de vous »), dans l'autre un homme tout aussi mort témoigne de son amour pour sa veuve. Les voix off sont illustrées par des plans sombres d'un hôpital particulièrement lugubre. Le message renvoie aussi au dispositif d'aide au sevrage 'Tabac Infor Service' (téléphone et internet).

## Mobilisation de professionnels

Très rapidement, un certain nombre de professionnels de la santé publique et de la promotion de la santé se sont élevés contre cette campagne, en exigeant son arrêt immédiat. Leur rejet de l'initiative de la ministre et de l'INPES s'appuie sur un solide argumentaire, dont voici quelques extraits. « Cette campagne de prévention utilise des ressorts émotionnels, essentiellement négatifs, comme la peur et la culpabilité que peuvent ressentir indifféremment l'ensemble

des spectateurs et auditeurs, fumeurs, non-fumeurs, malades, non-malades, hommes, femmes, adultes, enfants...

Si l'utilisation de la peur en prévention n'est pas neuve et ressort d'un long compagnonnage<sup>3</sup>, il convient pourtant de vivement réagir face à cette campagne. Elle constitue en effet le dernier avatar d'une utilisation massive et imposée des émotions négatives au sein des stratégies de communication en santé, inspirée du marketing, et ayant pour objectif de convaincre les individus de modifier leurs comportements.

*Ce recours à l'émotion brute, sans l'avoir anticipée et sans pouvoir y échapper, contredit fondamentalement les fondements de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé : le pari de l'intelligence collective, la confiance dans la capacité de tout un chacun à penser, réfléchir et poser des choix de vie faisant sens dans son parcours de vie et de santé, l'intérêt des dynamiques collectives comme espace et temps de construction des individus.*

Le refus catégorique de ces stratégies utilisant la peur, la menace, la culpabilité est étayé par les travaux théoriques de chercheurs en sciences sociales, par les pratiques et l'expérience des professionnels du domaine de l'éducation pour la santé, de même que sur une réflexion philosophique sur le 'vivre ensemble'.

On note que l'INPES lui-même, dans le cadre des réflexions qui présidaient à son dixième anniversaire, justifiait ce type de communication. Au cours de cet événement, l'institut a rappelé que l'objectif des campagnes est de signifier l'engagement des pouvoirs publics et travailler sur les compétences psychosociales. Leurs méthodes reposent entre autres sur les valeurs suivantes :

- respecter le choix de chacun ;
- ne pas inquiéter, pour éviter le rejet du message ;
- ne pas stigmatiser (notamment les comportements individuels à risque), ne pas marginaliser, ne pas culpabiliser ;
- ne pas imposer une norme sociale, par exemple en opposant des 'bons' et des 'mauvais' comportements ;
- ne pas informer sur les risques sans proposer des solutions (moyens de prévention) ;
- inciter à la réflexion, à la remise en question, pour amener les destinataires du message à construire une réflexion qui leur est propre et respecter leur autonomie, leurs croyances et leur responsabilité.

L'INPES, sous une pression qui reste à déterminer, contredit ses propres principes de communication pourtant étayés par de longues décennies d'études.

Plus précisément, quatre arguments invalident et s'opposent à cette campagne médiatique sur le tabagisme.

Dans une société utilisant massivement la mise en scène émotionnelle et le ton compassionnel du traitement de l'information dans les médias, quels que soient les sujets traités (guerre, emploi, souffrance sociale, immigration, etc.) nous pensons que ce type de spot médiatique participe d'un **climat délétère renforçant le repli sur soi** et le brouillage des enjeux réels (ici en termes de santé) et la culpabilisation des individus, fumeurs ou non. L'usage des émotions négatives, à ce point mises en scène, s'inscrit dans une logique de contrôle social que nous n'acceptons pas, de même qu'il renforce cette injonction paradoxale permanente incitant à toujours plus de rationalité dans les actes, alors que l'émotion domine massivement l'espace médiatique et politique.

**L'objectif annoncé est incohérent** : il est, selon la présentation du spot faite sur le site internet de l'INPES, de « déclencher une émotion auprès du spectateur et [...] favoriser la prise de conscience et la mobilisation de tous ». Or l'émotion brute suscitée ne peut inciter à la réflexion critique, seule gage de prise de conscience. Comment réfléchir lorsqu'on est pris à la gorge tant par les sons que par les images ? De même, la « mobilisation de tous »

<sup>2</sup> Entre 1 et 2 millions de personnes utiliseraient quotidiennement la cigarette électronique en France, où elle est nettement mieux implantée que chez nous.

<sup>3</sup> 'La peur en prévention', Coordination par Patrick Trefois, Question de santé, numéro spécial, 2003

requiert le réel débat citoyen et le partage d'enjeux communs au sein de la société. Mais ni le débat démocratique, ni la mobilisation collective ne peuvent avoir lieu sous le coup de l'émotion, mais bien au contraire dans l'échange de points de vue, dans des prises de paroles contradictoires et argumentées et des communautés d'intérêt. Loin de nier l'affect, il s'agit bien au contraire de le prendre en compte et de le faire vivre comme inhérent à la condition humaine, sans en faire le primat de toute action.

Ce recours à l'émotion brute, sans l'avoir anticipée et sans pouvoir y échapper, **contredit fondamentalement les fondements de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé** : le pari de l'intelligence collective, la confiance dans la capacité de tout un chacun à penser, réfléchir et poser des choix de vie faisant sens dans son parcours de vie et de santé, l'intérêt des dynamiques collectives comme espace et temps de construction des individus.

A contrario, les registres émotionnels et compassionnels ne participent assurément pas à autonomiser « les gens ». Qui s'est jamais senti « libre de penser » et « libre d'agir » alors qu'une vive émotion lui était imposée, ou qu'il était plongé dans l'angoisse ?

L'éthique même des pratiques des professionnels travaillant à la promotion de la santé, mais aussi le principe hippocratique 'Primum non nocere' ('D'abord, ne pas nuire'), sont particulièrement mis à mal dans ce spot. Enfin, en regard de ses effets pervers,

**l'utilisation sadique de la peur en prévention n'a aucune justification sur le plan de l'efficacité.** Les revues scientifiques en sciences humaines, sociales et politiques regorgent de papiers argumentant de façon solide l'inefficacité de ces approches et ce, depuis des décennies<sup>4</sup> :

- la dissonance cognitive provoquée par ces messages, le caractère impensable, inconcevable des situations évoquées, suscitent la mise en place de mécanismes de rejet, non pas du comportement incriminé, mais du message tout entier, et de son émetteur perçu comme un persécuteur ;
- plus les récepteurs du message sont en situation de vulnérabilité (économique, relationnelle, affective), plus ces menaces



Capture d'écran d'un des deux spots de l'INPES

sont génératrices de souffrance, et moins ils sont en mesure d'y faire face, faute de ressources humaines et matérielles ;

- la peur court-circuite toute mentalisation préalable à l'action, sidère les personnes et les paralyse. Cela s'avère particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de dissuader des gestes ne comportant aucun danger à court terme mais procurant à leurs auteurs un plaisir immédiat. Le comportement tabagique, qui répond à cette description, est donc particulièrement peu accessible à la peur. C'est pourquoi nous affirmons que les stratégies utilisées dans cette campagne médiatique, relevant de stratégies de communication les plus éculées, déléteres, non-éthiques, non-efficaces, contredisent ce que nous défendons dans des pratiques professionnelles étayées sur le plan théorique : le renforcement de l'autonomie des personnes dans des dynamiques collectives en faveur de leur santé. Ce en quoi, par ailleurs, mais de la manière la plus vive, nous nous opposons de même fondamentalement aux intérêts de l'industrie du tabac. »

L'INPES a réagi en disant que le Collectif se trompe de cible et qu'il devrait concentrer son énergie au combat contre l'ennemi commun, l'industrie du tabac. Parmi les 25 membres du Collectif, deux compatriotes, **Chantal Vandoorne** (APES-ULg et Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé) et **Patrick Trefois** (Question Santé). Nous leur avons demandé pourquoi il se sont joints à cette démarche visant à 'censurer' la campagne 'Le tabac tue un fumeur sur deux'. Tout en adhérant à l'argumentaire développé par le collectif, la première souligne que son rejet de la campagne est d'abord d'ordre éthique : « Je ne peux

m'empêcher de penser à l'impact dévastateur que pourrait avoir ce spot sur les enfants qui ont un parent fumeur ou un parent malade, impact d'autant plus dévastateur que les sentiments provoqués par ces messages risquent de rester dans l'implicite. »

Quant au second, il se fait presque lyrique en témoignant de son indignation.

« Je considère que le recours à la peur est illégitime. Aucune preuve scientifique de l'efficacité de tels messages n'existe. Et comme médecin, et c'est je pense valable pour tout professionnel de la santé, l'éthique dit 'primum non nocere'.

Or le pouvoir nuisible de tels messages est probable. Instrumentaliser la peur, c'est jouer avec un sentiment négatif qui pousse plutôt les personnes à se recroqueviller qu'à s'ouvrir et réfléchir, qui éveille des réflexes primitifs. Où sont le développement des aptitudes, le respect et la participation tant invoqués par la promotion de la santé ? Sans parler des dégâts collatéraux vis-à-vis des personnes ayant vécu ou vivant de tels drames humains. Mais c'est le prix à payer dans toute guerre, disent les gens qui ont le pouvoir. Cela me dérange que des professionnels de la santé prennent ce type de pouvoir : c'est condescendant. Non, décidément, ce n'est pas une, mais plusieurs raisons qui m'ont incité à signer cette pétition. »

## Et en Belgique francophone ?

Une campagne aussi 'musclée' est-elle envisageable chez nous ? Peut-être pas. Il faut savoir que pour passer gratuitement à l'antenne en Fédération Wallonie-Bruxelles, les messages de promotion de la santé doivent être validés par une commission d'avis indépendante des opérateurs et du pouvoir exécutif, dont un critère d'appréciation essentiel est d'ordre éthique. Peu probable qu'une création jouant de façon aussi explicite sur la peur franchisse le cap...

D'ailleurs, la dernière campagne 'tabac' diffusée gratuitement sur les ondes francophones belges en 2014 porte sur la ligne *Tabacstop* de la Fondation Contre le Cancer. Le spot, visible sur le site [www.questionsante.org](http://www.questionsante.org), onglet 'Campagnes', adapté d'une création

4. RUITER R.A., KESSELS L.T., PETERS G.J. & KOK G. (2014) Sixty years of fear appeal research : current state of the evidence. International Journal of Psychology, 49, 2, 63-70

californienne en dessin animé est axé sur l'aide que peut apporter le soutien téléphonique au sevrage tabagique. On est donc à des années-lumière du ton

dramatique de la campagne française. Cela dit, en 2012, une campagne 'attitudes saines' de la Ministre de la santé francophone de l'époque, qui ridiculisait

les jeunes obèses de façon humoristique outrancière, très 'second degré', avait suscité un tel tollé qu'elle a été stoppée prématurément...

## RÉFLEXIONS

# Un regard d'intervenants sur les indicateurs de performance en promotion de la santé

Les Centres locaux de promotion de la santé

**Le travail mené par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les 'indicateurs de performance en promotion de la santé' <sup>1</sup> est intéressant à plus d'un titre. D'abord, il a le mérite de considérer la promotion de la santé comme un des éléments constitutifs du système de santé belge. Ensuite, il tente de dépasser les indicateurs classiques de santé physique en abordant, notamment, la notion de littératie en santé. Enfin, il s'attelle à débroussailler un champ d'investigation complexe qui en raison de ce caractère ne pourra jamais être appréhendé dans sa totalité. Cela dit, il nous semble qu'il aurait pu mieux encore s'inspirer du paradigme de la promotion de la santé.**

Parfaitement conscients que vouloir mesurer l'impact de la promotion de la santé est loin d'être une sinécure, notre propos à l'égard de la démarche réalisée par le KCE est d'y apporter notre regard de praticiens afin de l'améliorer. Si nous prenons la plume à ce sujet, c'est aussi parce que nous éprouvons parfois des difficultés à relier ces indicateurs aux pratiques menées en Fédération Wallonie-Bruxelles.

### Accroître la participation citoyenne et diminuer les inégalités

Pour commencer, deux éléments fondamentaux auraient, d'après nous, pu être davantage pris en considération par les auteurs dans la sélection des indicateurs. Premièrement, la promotion de la santé vise, comme prévu dans la Charte d'Ottawa de 1986, le bien-être et confère aux populations et aux personnes davantage de maîtrise sur l'amélioration de leur santé. Il s'agit donc d'« augmenter la capacité des personnes à choisir et maîtriser leur projet de vie et à agir sur leur environnement dans un souci de bien-être collectif et individuel » <sup>2</sup>.

Ce souci de rendre les populations et les personnes actrices de leur bien-être, mérite qu'il y ait davantage d'indicateurs qui témoignent de cette prise d'autonomie. Ainsi, le reflet de cette autonomisation passe, non seulement, par l'élaboration ou la recherche d'indicateurs relatifs à l'acquisition de compétences psychosociales (médiation par les pairs, capacité à demander de l'aide, renforcement de l'expression de soi, etc.) mais aussi, sur le plan politique, par la recherche d'indicateurs qui permettent de suivre l'évolution des mesures destinées à renforcer les égalités sociales (amélioration de l'accès aux soins, diminution des risques professionnels, renforcement de l'intégration sociale, réduction de la pauvreté, etc.). Les recommandations de collecter des informations sur le concept de *littératie* en santé vont heureusement dans ce sens mais cette avancée reste, néanmoins, marginale par rapport à tout ce qui s'effectue sur le terrain. Pour nous, les indicateurs proposés reflètent peu notre souci d'accroître la participation citoyenne et d'atténuer les inégalités sociales de santé qui s'appliquent, aussi, parfois aux relations intervenants-bénéficiaires.

### Bien-être et qualité de vie

Deuxièmement, la promotion de la santé est une démarche pratique qui a évolué et s'est transformée au fil du temps. Il ne s'agit donc pas d'une notion abstraite mais d'une réalité pragmatique. Or, à partir du moment où dans les interventions, nous mettons davantage les personnes au centre de l'action, c'est la définition même de la santé qui se transforme avec, notamment, un accent plus marqué sur sa dimension subjective. Sur le terrain, cette dimension se retrouve particulièrement bien dans les concepts de bien-être et de qualité de la vie qui se sont en partie substitués au concept de santé, notamment parce que les personnes se reconnaissent mieux dans ces notions. Ces deux fondements de la promotion de la santé nous paraissent peu transparents dans les indicateurs proposés, qui restent à nos yeux, en grande partie, des manifestations objectivement mesurables (surpoids, usage de tabac, consommation de fruits, offre d'activités physiques, etc.) en lien avec la dimension physique de la santé. Ce peu de considération pour la dimension psychique et sociale est particulièrement interpellant. Il nous renvoie, d'abord, à une

1. [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_196B\\_performance\\_système\\_santé\\_belge\\_o.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_système_santé_belge_o.pdf). Voir aussi Renard F., Vrijens F., De Bock C. (2013), Des indicateurs de performance en promotion de la santé, in *Éducation Santé*, 293 :2-4 (<http://educationsante.be/article/des-indicateurs-de-performance-en-promotion-de-la-sante/>)

2. Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française 1998-2003, Direction Générale de la Santé, Ministère de la Communauté française.

démarche de promotion de la santé qui serait confinée à une 'approche préventive' au sein de laquelle les bénéficiaires n'auraient pas la capacité de poser des choix à l'égard de leur santé et ne seraient, in fine, que les réceptacles passifs des politiques qui leur sont destinées. Pour nous, acteurs de promotion de la santé, ce confinement est en soi peu acceptable parce qu'il met en marge un pan important de notre travail. En outre, en symbolisant davantage une approche orientée sur le risque, les indicateurs sélectionnés reflètent particulièrement mal l'aspect positif de la promotion de la santé (estime de soi, satisfaction au travail, soutien social, etc.) qui est pourtant l'un des fondements de la démarche et de la 'mutation' de l'éducation à la santé en promotion de la santé.

Il nous renvoie, ensuite, à une conception de la santé qui considère la dimension sociale et psychique des personnes comme étant entièrement déterminée par la dimension physique. Sur ce point, nous éprouvons quelques difficultés à établir des liens entre les indicateurs et les effets qu'ils sont censés mesurer dans le modèle de Nutbeam. À titre d'exemple, en regard de ce modèle, les indicateurs choisis pour évaluer les « effets sur le plan social (qualité de vie, autonomie fonctionnelle, équité) » et les « effets sur la santé (diminution de la mortalité, morbidité et des incapacités) » de la promotion de la santé sont :

- le pourcentage d'adultes en surpoids ou obèses,
- le pourcentage d'adultes obèses,
- la moyenne de dents cariées, manquantes ou obturées à l'âge de 12-14 ans,
- le taux de diagnostic du VIH dans la population belge.

Si, en matière de santé physique, ces mesures respectent plus ou moins les critères de qualité d'un bon indicateur à savoir être valides (représentent bien les effets sur la santé), fiables (ont les mêmes effets sur la santé lorsqu'ils sont réappliqués dans des conditions semblables), spécifiques (ne varient que lorsque les effets

sur la santé varient) et sensibles (varient dès que les effets sur la santé varient), il est difficilement concevable de pouvoir faire, en tant qu'acteurs de promotion de la santé, le même rapprochement qualitatif entre ces indicateurs et, comme le font les auteurs du travail, des notions d'équité ou de qualité de vie.

## Explorer la réalité des acteurs

Concernant cette dernière notion, nous sommes d'ailleurs loin de la définition<sup>3</sup> de l'OMS (1994) qui, en plaçant la personne au centre du jeu, évite le dogmatisme d'une

*En promotion de la santé, l'intersectorialité est à la pratique ce que l'interdisciplinarité est à la recherche et l'interministérialité au politique.*

approche qui appréhenderait « la qualité de vie indépendamment des gens qui la vivent, sans considération pour leurs vécus et les systèmes de valeurs qui les animent »<sup>4</sup>.

En caricaturant la situation, n'est-ce pas un des problèmes de l'approche choisie par les auteurs de cette recherche qui paraissent avoir chaussé leurs lunettes d'experts en soins de santé pour appréhender les interventions de promotion de la santé ? Qui semblent s'être attachés à appliquer des méthodes scientifiquement rigoureuses à un objet de recherche sans en avoir préalablement cerné tous les contours, sans en avoir repéré les différentes facettes et composantes ? Avant de réaliser une recherche sur des indicateurs de promotion de la santé, n'aurait-il pas été pertinent d'analyser préalablement la manière dont la démarche s'est développée auprès des acteurs de promotion de la santé – exploration qui en sciences sociales est l'une des étapes de la construction du modèle d'analyse<sup>5</sup> – afin de mieux faire correspondre les indicateurs à

notre réalité d'intervenants.

Pour illustrer ce travail d'exploration, prenons un exemple. Si nous souhaitons nous faire une idée précise du taux d'activité physique dans la population, nous avons besoin d'explorer les diverses dimensions de la vie où la population étudiée effectue des activités physiques (pratiques sportives, activités domestiques, loisirs actifs, activités professionnelles, etc.). Ce travail de défrichage constitue un moyen de ne pas avoir une vision trop stéréotypée de la situation réelle en nous permettant, par exemple, d'élaborer un indicateur synthétique basé sur différentes informations. En outre, le recours à de multiples informations pour construire l'indicateur a souvent l'avantage de pouvoir atténuer les biais issus de la manière de collecter les données et l'imperfection même d'un indicateur simple<sup>6</sup>. N'aurait-il pas fallu réaliser ce type d'exploration pour opérer une sélection d'indicateurs plus à même de refléter la diversité des situations que couvre la promotion de la santé ?

## Dépasser la prévention 'traditionnelle'

Comme déjà souligné dans la première partie, les actions de promotion de la santé ne sont pas exclusivement centrées sur des facteurs associés à un problème de santé physique, une maladie ou un accident. Elles portent aussi sur des déterminants (promotion d'un environnement sain, capacité de gestion du stress, amélioration de l'intégration scolaire, renforcement de la confiance en soi, etc.) du bien-être en général et font appel à des stratégies qui dépassent le cadre de la prévention 'traditionnelle' (développement communautaire, démarche intersectorielle, réduction des risques en milieux festifs, etc.). Elles sont de préférence, pour nous intervenants, le fruit de la participation des bénéficiaires et des autres secteurs partenaires. Elles sont au croisement de multiples disciplines (socio-pédagogie,

3. « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement »

4. Lefèvre C., Insertion et qualité de vie : une approche multidimensionnelle, in *L'insertion : défi pour l'analyse, enjeu pour l'action* (G. Liénard éd.), Mardaga, 2001, 119-139.

5. Quivy R. et Van Campenhout L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, 1995, 294p.

6. De Singly F., *L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire*, Armand Colin, 2005, 128p.

psychosociologie, épidémiologie, démographie, anthropologie, etc.); positionnement qui, à nos yeux, appelle à la mise en place d'approche interdisciplinaire lorsqu'elle est un objet d'étude. Schématiquement, en promotion de la santé, l'intersectorialité est à la pratique ce que l'interdisciplinarité est à la recherche et l'interministérialité au politique. Ce principe de cohérence entre pratique, recherche et politique mériterait d'avoir une place plus importante dans la méthode choisie pour sélectionner les indicateurs d'autant plus que les démarches menées aux frontières disciplinaires sont souvent sources d'innovation<sup>7</sup>. Ce croisement des regards qui permet une appréhension plus globale se retrouve également dans les recommandations de Nutbeam<sup>8</sup> lorsqu'il prône de combiner les approches quantitatives et qualitatives dans l'élaboration de l'évaluation de la promotion de la santé. En effet, cette combinaison, que nous défendons dans nos pratiques, constitue un bon moyen de ne pas être dans une approche simpliste de la promotion de la santé qui se résumerait à l'observation de quelques indicateurs<sup>9</sup>. Elle offre ainsi l'avantage de replacer ces indicateurs dans leur contexte, de mieux saisir les conditions de leur émergence et de mieux comprendre la manière dont ils s'agencent les uns avec les autres. Pour finir et rebondir sur l'avantage de combiner les approches méthodologiques, il paraît important de ne pas oublier les limites de l'approche par indicateurs surtout si ces derniers se réfèrent à des comportements humains. En effet, dans l'étude des conduites humaines, « une même relation statistique peut faire l'objet de plusieurs interprétations souvent très différentes »<sup>10</sup>. En d'autres termes, c'est le critère d'"interprétabilité des résultats" de la fluctuation éventuelle des indicateurs qui présente des fondements en partie caducs.

## Exemples concrets

Prenons l'indicateur de 'consommation d'alcool problématique chez les personnes de plus de 15 ans'. Il est construit sur l'échelle de mesure CAGE qui est « destinée à identifier la consommation problématique liée à la dépendance alcoolique »<sup>11</sup>. Or, cette mesure n'est pas exempte de risque d'erreur d'interprétation. En effet, cette échelle est construite sur base de la réponse à quatre informations : avoir ressenti un besoin de diminuer sa consommation d'alcool, avoir été irrité par des critiques concernant sa consommation d'alcool, se sentir coupable à l'égard de sa consommation d'alcool, avoir eu un besoin d'alcool dès le matin. La réponse positive à deux de ces questions vous classe en consommateurs problématiques. Si cette échelle donne des résultats relativement probants dans une population d'adultes, ils sont, par contre, moins convaincants lorsqu'ils sont appliqués aux adolescents et aux jeunes. En effet, ces derniers, en raison notamment de leur moindre expérience, ont des conduites de consommation moins régulées. Un abus d'alcool de leur part ne peut donc pas être mis sur le même pied qu'un abus d'alcool à l'âge adulte. De plus, ces conduites s'intègrent aussi dans des relations parents-enfants caractérisées, entre autres, par des interdits parentaux. Soumis au contrôle parental, les jeunes sont donc plus enclins à être l'objet de remarques que ne le sont les adultes. Enfin, n'oublions pas que sous l'influence de l'évolution des connaissances, « des comportements jugés anodins dans le passé acquièrent le statut de risque dans le présent »<sup>12</sup>. Cette évolution du rapport au risque est susceptible d'influencer le regard des personnes sur leurs conduites. Ainsi, par exemple, une femme enceinte qui boit, de temps en temps, un verre de vin sera plus susceptible que par le passé d'avoir l'impression de boire trop d'alcool

ou encore de recevoir les remarques de son entourage. En d'autres termes, ce que nous indique ce type d'échelle varie vraisemblablement avec le temps et perd donc progressivement de sa fiabilité. Prenons un autre exemple montrant la faiblesse des indicateurs relatifs à des conduites humaines pour évaluer des politiques spécifiques à un secteur : le 'pourcentage de gens faisant au moins 30 minutes d'activité physique par jour'. D'un point de vue économique, les activités sportives (VTT, randonnée, jogging, etc.) sont devenues des 'objets de consommation'<sup>13</sup> (prolifération des chaussures de sport, technologisation du matériel, augmentation du nombre des clubs de fitness, accroissement des appareils personnels, etc.) et « la société est saisie par le sport parce que le sport est saisi par l'économie »<sup>14</sup>. Ces activités sportives sont aussi en phase avec une partie des valeurs et normes (dépassement de soi, recherche de plaisir, compétition, etc.), produites par les divers secteurs d'activités (économique, politique, culturelle, sanitaire, etc.) et véhiculées par les médias. Associer les fluctuations de telles conduites humaines à une politique sectorielle s'avère donc particulièrement réducteur.

En résumé, pour « mesurer l'efficacité de la promotion de la santé », il semble d'abord important de bien cerner ce qu'est la promotion de la santé, d'ensuite impliquer davantage la multitude d'acteurs qui la 'font' pour élaborer cette 'mesure' et, enfin, de combiner plusieurs approches scientifiques pour effectuer cette observation. Voici quelques pistes de travail qui nous paraissent opportunes. Elles appellent à nous mettre autour de la table pour choisir et élaborer ensemble, intervenants et chercheurs, des 'indicateurs' qui couvrent davantage notre champ d'intervention.

7. Dogan M., Pahre R., L'innovation dans les sciences sociales : la marginalité créatrice, PUF, 1991, 322p.

8. Nutbeam D. (1998), Evaluating health promotion - progress, problems and solutions, in *Health Promotion International*, 13(1) :27-44.

9. Une telle simplification peut s'avérer légitime si nous souhaitons réaliser des comparaisons internationales pour lesquelles nous avons besoin de dénominateurs communs aux divers pays étudiés, ce qui à notre connaissance n'est pas un objectif poursuivi ici.

10. Leigh (1999), cité par Peretti-Watel P. (2004), Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque, in *Revue française de sociologie*, 45-1 : 103-132.

11. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. (2006), Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Service d'Épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, D/2006/2505/3, IPH/EPI REPORTS N° 2006 - 034, Bruxelles.

12. Favresse D. (2010), Les conduites à risque à l'adolescence, qu'en est-il ? Comment sortir de l'alarmisme sans pour autant tomber dans la banalisation, in *Prospective Jeunesse*, Dossier « Le risque, une histoire de vie », 54 :10-16.

13. Augustin J.-P. (2002), « La diversification territoriale des activités sportives », in *L'Année sociologique*, 2, 52 :417-435.

14. Betbèze J.-P. & al. (1987), cités par Augustin J.-P. (2002), op. cit.

# STRATÉGIES

## Recommandations pour un Programme quinquennal de promotion de la santé

Chantal Vandoorne, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

Avis d'initiative du Conseil supérieur de promotion de la santé rendu le 17 octobre 2014

Le Conseil supérieur de promotion de la santé (créé par un décret du 14 juillet 1997) est l'organe d'avis de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour toute question relative à la promotion de la santé et aux compétences confiées à la Fédération par les lois des 8 août 1980, 16 janvier 1989 et du 19 juillet 1993.

Dans ses missions, il peut remettre un avis d'initiative sur toute question relative à la promotion de la santé y compris la médecine préventive.<sup>1</sup>

Le Conseil est renouvelé tous les cinq ans. Ce renouvellement a eu lieu récemment en juin 2014. Dans le contexte actuel de transfert d'une partie des compétences 'santé' du niveau fédéral vers les entités fédérées et d'une partie des compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers les régions wallonne et bruxelloise, le Conseil a souhaité contribuer à assurer la continuité et la cohérence de la politique de promotion de la santé durant la période de transition entre la législation de 1997 et les législations que les entités fédérées devraient mettre en place au cours des prochaines années.

Pour ce faire, il propose quelques éléments d'actualisation du programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008, de façon à fournir aux entités réceptacles de la compétence des perspectives pour les années suivantes. C'est à cette tâche que le Conseil s'est attelé en priorité au lendemain de son installation. Il s'agit d'une première étape de réflexion qui devrait être approfondie et précisée pour aboutir à une version finalisée d'un programme quinquennal. Le programme quinquennal est, en effet,

le pivot de l'application du dispositif de promotion de la santé et de médecine préventive. Il fournit le cadre de référence pour le contenu des agréments de services et le financement des programmes d'action et de recherche, ainsi que l'attribution d'espaces gratuits pour les campagnes radiodiffusées.

Depuis l'entrée en vigueur du décret, il y a eu deux programmes quinquennaux, 1998-2003 et 2004-2008, ce dernier ayant été prolongé à plusieurs reprises depuis 2009 et jusqu'à aujourd'hui (échéance au 31 décembre 2014).

Les travaux du Conseil ont porté sur plusieurs points. Tout d'abord, un rappel des 'fondamentaux' de la promotion de la santé, à la lumière des dernières avancées conceptuelles en la matière et des priorités recommandées par les instances belges et internationales. D'autre part, il présente les principes d'actions, les acteurs et les thématiques de santé prioritaires. Les avis formulés précédemment par le Conseil supérieur de promotion de la santé ont également alimenté ses réflexions.

Le Conseil estime qu'une politique globale, cohérente et efficiente de promotion de la santé doit se construire sur un socle de dispositifs, de services, d'acteurs, de compétences qui répondent à des exigences communes et qui ont leur ancrage dans les défis du monde actuel. Il tient à mettre tout particulièrement en évidence 4 points largement développés dans le document en annexe<sup>2</sup> faisant intégralement partie du présent avis.

1. L'objectif de la réduction des inégalités sociales de santé nécessite

d'accompagner les stratégies universelles par des interventions adaptées aux difficultés de certains groupes de populations. Une attention particulière doit être portée aux personnes vulnérables notamment en raison d'une situation de pauvreté ou de handicap, afin d'accroître leur accès aux services et de leur permettre d'exercer leur droit à la santé ;

2. Le continuum 'promotion de la santé – prévention – soin accompagnement' dépend de l'intégration des politiques, des dispositifs et des procédures.

La prévention et la promotion de la santé visent une action globale sur des facteurs individuels, collectifs et contextuels qui peuvent diminuer ou accentuer cette vulnérabilité, notamment au sein des milieux de vie ;

3. L'efficacité des politiques dépendra de la mise en œuvre de programmes transversaux qui agissent sur les modes de vie et les milieux de vie, qui ont un impact sur plusieurs problématiques et leurs déterminants ;

4. L'amélioration et le transfert des connaissances issues de la recherche et des expériences locales ou internationales, leur articulation avec les savoirs issus de la pratique des professionnels et des populations, sont indispensables au développement d'actions de qualité. Ce socle de connaissances doit être largement diffusé de façon à être compréhensible, utile et utilisable pour les professionnels et les populations.

Dans le cadre des délégations de compétences et des partenariats existant

<sup>1</sup> Pour les questions relatives à la promotion de la santé à l'école (PSE), il y a un organe d'avis spécifique et complémentaire, la Commission de la promotion de la santé à l'école.

<sup>2</sup> Il s'agit du document : Proposition du Conseil supérieur de promotion de la santé pour un Programme quinquennal de promotion de la santé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 (ndlr ce document sera publié prochainement dans *Éducation Santé*).

entre les différents niveaux des pouvoirs publics, il conviendra d'être attentif au renforcement des complémentarités des programmes d'actions, du travail en réseau et de la dimension transversale de

la promotion de la santé. Cette meilleure coordination des politiques publiques (communes, provinces, régions, Fédération Wallonie-Bruxelles, fédéral) contribuera à améliorer l'impact des programmes

d'actions dans les territoires, du local à l'international et à garantir une utilisation efficace des fonds publics.

## LU POUR VOUS L'égalité est meilleure pour tous

Hervé Avalosse, Recherche & Développement Mutualités chrétiennes

**Plus qu'une question, plus que le titre de leur ouvrage ('Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous'), c'est bien l'affirmation fondamentale à laquelle Richard Wilkinson et Kate Pickett, épidémiologistes britanniques, nous invitent à réfléchir au travers de leur livre très stimulant, toujours clair et pédagogique, richement illustré de statistiques et solidement argumenté.**

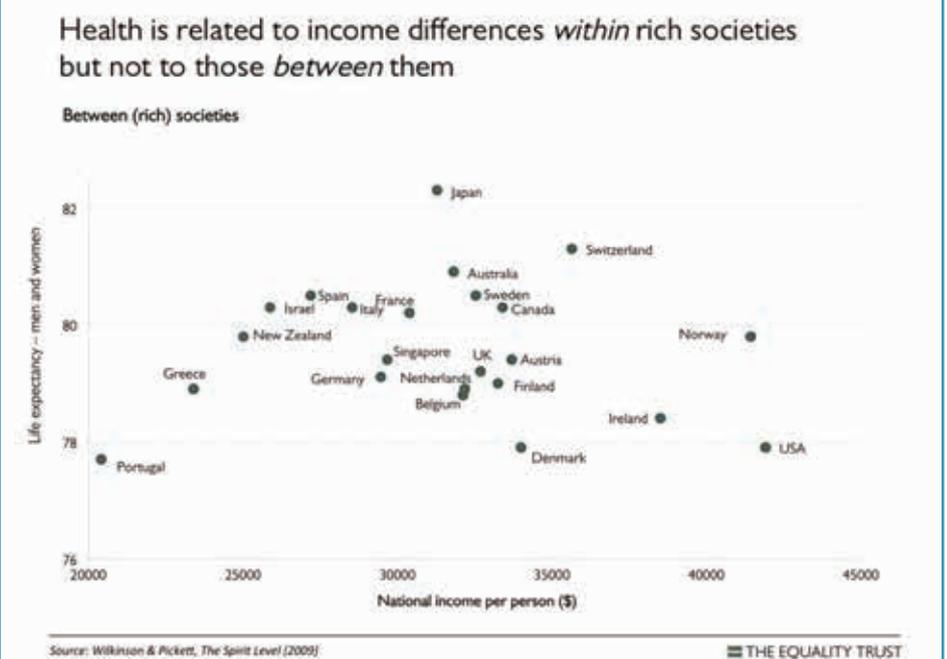
Si leur point de départ concerne les déterminants sociaux de la santé, leurs conclusions sont beaucoup plus générales : les sociétés plus égalitaires sont non seulement plus performantes quant aux indicateurs de santé mais également par rapport à bien d'autres indicateurs sociaux et de bien-être de leur population.

Pour soutenir cette thèse, les auteurs ont abondamment recours à des statistiques internationales où la plupart des pays riches et développés (dont la Belgique) sont répertoriés et comparés. De quelle façon ? Systématiquement, le matériel statistique est présenté graphiquement de la façon suivante : en ordonnée les diverses variables socio-sanitaires (telles que l'espérance de vie) et en abscisse une échelle d'inégalité. Plus précisément, il s'agit de classer tous ces pays (ou parfois les 50 états qui composent les États-Unis d'Amérique) selon le niveau d'inégalité ou de variation d'écarts de revenus en leur sein. Pour ce faire, les auteurs ont choisi, comme mesure d'inégalité, le rapport entre les revenus des 20 % les plus riches et ceux des 20 % les plus pauvres. De sorte que, dans ces graphiques, les pays plus égalitaires sont situés à gauche et les pays plus inégalitaires sont situés à droite. Pourquoi procéder de la sorte ? Car, si on se contentait d'une échelle comme le niveau global de richesse (mesuré, par exemple, par le revenu moyen par habitant), on n'observerait pas de relation claire. Par exemple, parmi les pays riches, l'espérance de vie ne semble pas dépendre du niveau

moyen de richesse atteint (voir graphique 1). Par contre, quand on met en relation espérance de vie et niveau d'inégalités de revenus au sein de chacune de ces sociétés, on voit se dessiner une corrélation : les populations des pays moins inégalitaires (où donc les revenus sont mieux répartis au sein de la population) ont une espérance de vie plus élevée que celle des pays plus inégalitaires (voir graphique 2 page 12). Il en va de même pour bien d'autres indicateurs de santé : santé mentale, mortalité infantile, obésité, grossesse précoce... Et c'est également vrai pour

divers indicateurs sociaux et de bien-être, comme le niveau d'instruction (réussite scolaire), le taux d'homicide, la consommation de drogues illicites, la mobilité sociale, la qualité des relations sociales (confiance envers d'autres). Wilkinson et Pickett ont synthétisé tous ces indicateurs sous forme d'un index synthétique de santé et de problèmes sociaux. Comme on peut le voir aux graphiques 3 et 4 (pages 12 et 13), le score atteint par chaque pays ne dépend pas vraiment du niveau de revenus mais bien du niveau d'inégalité. La corrélation est très

**Graphique 1 : Espérance de vie (hommes et femmes) selon le revenu moyen par habitant**



claire (graphique 4 page 13) : ce sont bien les pays les moins inégalitaires qui ont les meilleurs scores par rapport à cet index synthétique, mais également par apport à chacun des indicateurs qui le composent. La conclusion est alors imparable : dans nos sociétés occidentales, santé et bien-être sont davantage liés à l'ampleur des inégalités de revenus qu'au niveau de revenus lui-même. Donc, pour améliorer santé et bien-être d'une société comme la nôtre, il faut non pas se focaliser sur son niveau global de richesse (car le problème n'est pas le manque de richesse !), mais bien d'abord combattre et réduire les inégalités sociales au sein de cette société. CQFD.

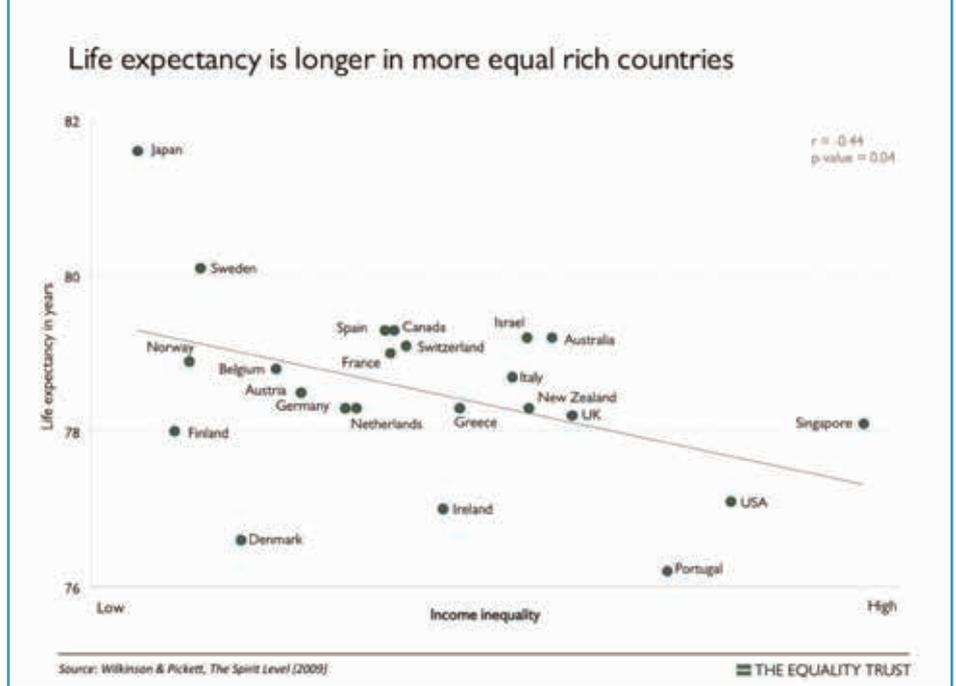
Pour les auteurs, les sociétés plus inégalitaires sont également des sociétés en « *dysfonctionnement* », où « *le tissu social s'effiloche* » du fait que les populations vivent davantage sous stress (pas seulement ceux qui souffrent de privations, les mieux nantis également). En effet, malgré leurs tendances démocratiques et égalitaristes, les sociétés occidentales développées restent bien des sociétés hiérarchisées, dont le degré de stratification sociale est mesuré par les inégalités de revenus : « *lorsque les écarts de revenus sont plus importants, les écarts sociaux sont plus marqués, et la stratification sociale plus fine* ».

Le point déterminant est donc bien la position que tout un chacun occupe au sein de la société, véritable 'statut social' que révèlent nos possessions matérielles, notre éducation, nos goûts mais également notre 'estime de soi'.

Et nous sommes tous affectés ou vulnérables à cette hiérarchisation sociale : nous sommes tous anxieux de tenir notre position (voire de l'améliorer), personne ne désire être stigmatisé, être 'déclassé' et faire partie des 'perdants', ou plutôt être jugé tel par les autres. Or, les sociétés plus inégalitaires sont celles où ce stress psychosocial est bien plus intense et la mobilité sociale plus réduite. Cela se traduit par une dégradation des relations sociales : perte de confiance en soi, méfiance envers les autres, distance sociale accrue entre les différents groupes d'individus.

Que ce stress 'chronique' ait un impact sur la santé des populations (adultes mais aussi les enfants) ne devrait plus étonner

## Graphique 2 : Espérance de vie selon le niveau d'inégalités de revenus

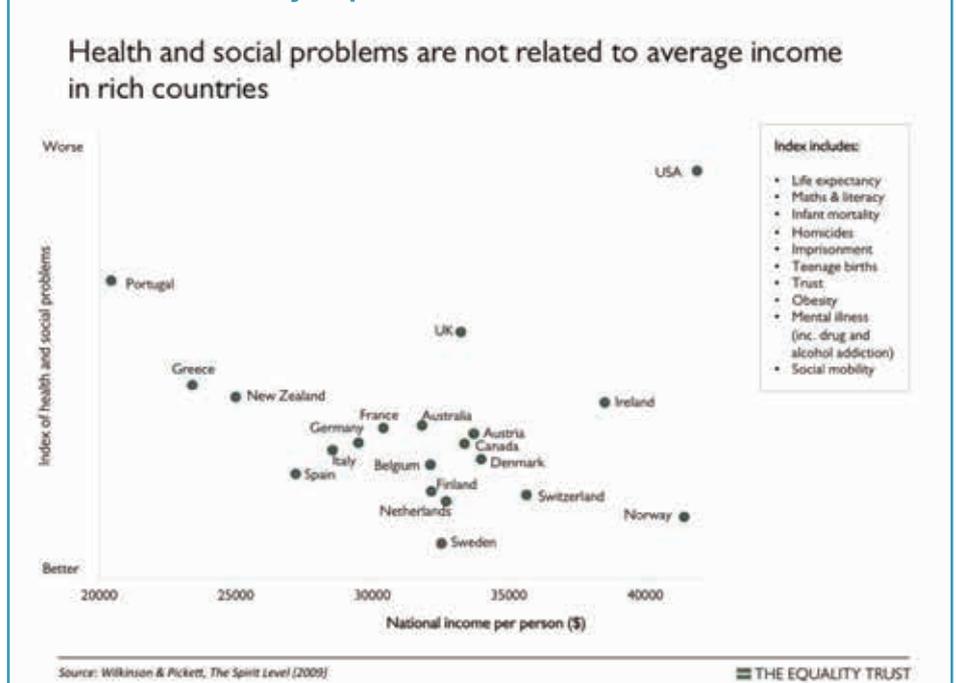


personne. « *Le statut social et l'intégration sociale sont aujourd'hui considérés comme des déterminants importants de la santé de la population. De plus en plus de chercheurs s'aperçoivent que le stress au début de la vie – intra-utérine, mais aussi pendant l'enfance et la petite enfance – exerce une influence non négligeable sur la santé tout au long de l'existence. [...] Globalement, le statut social, les réseaux sociaux et le stress pendant la*

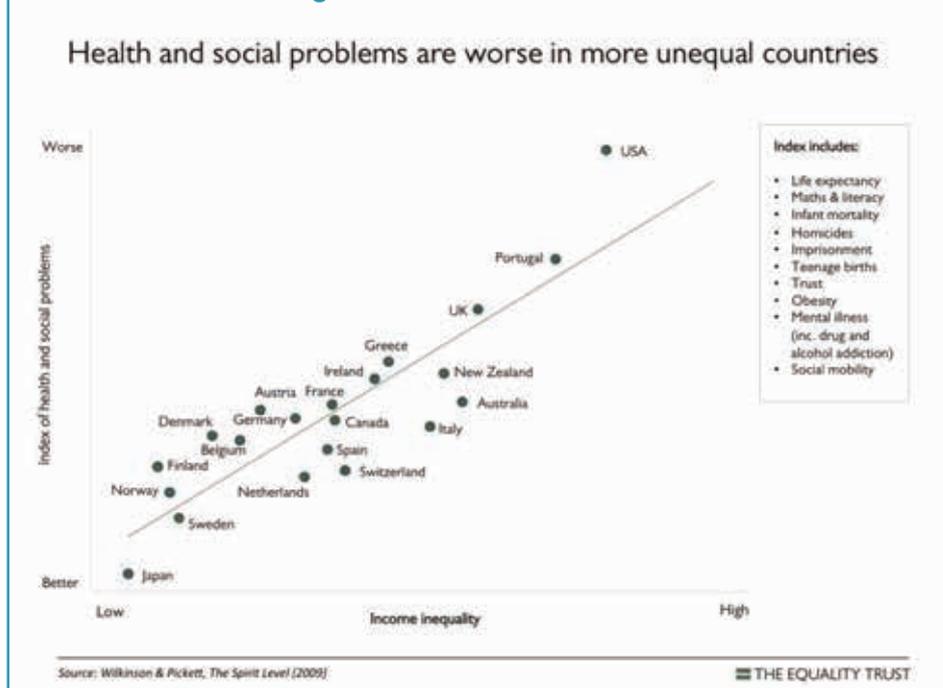
*petite enfance sont ce que les chercheurs appellent les 'facteurs psychosociaux'. Leur importance va croissant dans les pays riches, développés, où les niveaux de vie matériels [...] sont désormais tellement élevés qu'ils ont cessé de déterminer directement la santé de la population* ». Ou pour faire simple et résumer à l'extrême : « *La vie est courte lorsqu'elle est brutale* ».

Et les auteurs, au détour de recensions

## Graphique 3 : Index de santé et de problèmes sociaux selon le revenu moyen par habitant



## Graphique 4 : Index de santé et de problèmes sociaux selon le niveau d'inégalités de revenus



de statistiques ou de méta-analyses de la littérature scientifique, de donner un exemple ravageur : la vague de chaleur qui a frappé Chicago en 1995. « *Les afro-américains pauvres qui vivaient dans des quartiers où la confiance était faible et la criminalité élevée avaient trop peur d'ouvrir leurs fenêtres et leurs portes ou de quitter leur domicile pour se rendre dans des centres équipés de l'air conditionné ouverts par la municipalité. Personne ne se souciait de ses voisins. Des centaines de personnes âgées et vulnérables ont perdu la vie. Dans les quartiers hispaniques, tout aussi pauvres, mais où le niveau de confiance était élevé et la vie communautaire active, le risque de décès est resté beaucoup plus faible.* »

### Tout le monde y gagne

À noter encore qu'une société plus égalitaire profite à tout le monde, y compris aux mieux nantis. En effet, n'avons-nous pas tous intérêt à vivre dans une société moins 'brutale', moins anxieuse et davantage bienveillante ? Mais bien plus fondamentalement, nos auteurs font état de résultats d'études montrant que « *les personnes de chaque catégorie sociale – classées selon l'éducation, la classe sociale ou les revenus – sont en meilleure santé (ou obtiennent de meilleures notes en lecture-écriture) lorsqu'elles vivent dans*

*une société plus égalitaire que les gens appartenant à la même catégorie sociale et vivant dans une société moins égalitaire.* » Puisque c'est le facteur critique, que faire pour diminuer les inégalités de revenus ? Quelques pistes de réflexions sont données (qui n'ont rien de révolutionnaire de notre côté de la Manche et de l'Atlantique). « *Les pays plus égalitaires obtiennent cette égalité accrue à travers une fiscalité et des prestations redistributives ainsi qu'un État-providence développé.* »

Wilkinson et Pickett mettent également en avant l'importance et la plus-value qu'apporte le secteur non-marchand dans nos économies (en rappelant qu'il fournit bien des services vitaux à la population). Ils appellent aussi à davantage de démocratie sociale au sein des entreprises (participation des salariés aux décisions, développement de coopératives). Quant aux écarts grandissants de revenus, ils signalent l'explosion des revenus au sommet de la pyramide des sociétés commerciales, la faiblesse des syndicats, l'abandon des accords sur le partage de la productivité... Cela fait plutôt référence au contexte socio-économique anglo-saxon (souvenons-nous des politiques socio-économiques menées par **Ronald Reagan** aux États-Unis et par **Margaret Thatcher** en Grande-Bretagne). Nos auteurs ajoutent,

bien sûr, que tout ceci ne s'est pas forcément produit partout de la même façon, mais ils nous préviennent : « *Si les trajectoires sont loin d'être identiques, la tendance de fond observée aux États-Unis en matière de répartition des revenus tout au long du 20<sup>e</sup> siècle se retrouve dans bon nombre de pays.* » Ce qui ne présage rien de bon...

Et la Belgique dans tout cela ? Il est très intéressant de remarquer que notre pays se tient plutôt bien dans les graphiques présentés. En effet, nous nous situons parmi les pays plus égalitaires, en compagnie des pays scandinaves, l'Allemagne et les Pays-Bas n'étant jamais trop loin, mais avec de meilleures performances... Réjouissons-nous vite car on peut craindre que cela ne soit qu'un résultat précaire et surtout le reflet d'un passé récent.

En effet, les statistiques collationnées datent un peu (ce qui n'enlève rien à la pertinence des thèses et conclusions générales de l'ouvrage) et il faudra voir l'impact qu'aura eu la crise économique actuelle sur les inégalités de revenus. Si ces dernières s'accroissent, alors – comme tout le livre nous montre qu'il ne peut qu'en résulter une tension accrue sur tout le corps social – on peut craindre en retour une accentuation des inégalités sociales et de santé. Il est grand temps de se pencher sérieusement sur ces questions et de faire de la lutte contre les inégalités sociales (de santé et autres) une véritable priorité à long terme de tous les acteurs, politiques, économiques et sociaux. Justice, réformes sociales et fiscales sont et doivent encore rester longtemps à l'agenda de notre démocratie.

*Richard Wilkinson et Kate Pickett, Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les petits matins/Institut Vlebeu/Etopia, 2013. Traduit de l'anglais par André Verkaeren.*

Voir également [www.equalitytrust.org.uk](http://www.equalitytrust.org.uk) où graphiques, matériel de preuve, réponses à des questions fréquemment posées sont disponibles.

Et pour les graphiques : [http://www.equalitytrust.org.uk/sites/default/files/attachments/resources/SpiritLevel-jpg\\_o.pdf](http://www.equalitytrust.org.uk/sites/default/files/attachments/resources/SpiritLevel-jpg_o.pdf)

# DONNÉES

## Données périnatales en Fédération Wallonie-Bruxelles

Communiqué par le CEpiP

Le Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) a publié récemment les rapports des données de naissances en Wallonie et à Bruxelles couvrant la période de 2008 à 2012. On y observe une augmentation importante de la proportion de mères en surpoids, du taux de diabète et des taux élevés d'induction de l'accouchement dans les deux régions.

Les rapports sont basés sur les données officielles de naissance et de décès de la Région bruxelloise et de la Wallonie, dont le traitement est confié au CEpiP par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale et la Direction générale de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, tant en ce qui concerne les données médicales que les données administratives. Les évolutions couvrent une période trop courte pour valider de réelles évolutions de prévalence mais des tendances importantes se dessinent pour certaines variables comme le surpoids des mères, le diabète et l'induction de l'accouchement.



### Amélioration de la qualité des données sociodémographiques et médicales

Une amélioration de la qualité de certaines données sociodémographiques et médicales a été observée depuis 2009, ce qui est essentiel à la réalisation d'études valides et fiables. L'effort de sensibilisation auprès du personnel des maternités et auprès du personnel de l'état civil des communes porte ses fruits et doit se poursuivre afin de pouvoir disposer des informations les plus fiables et complètes possible concernant les naissances à Bruxelles et en Wallonie.

### 25 % des mères âgées de 35 ans et plus en Région bruxelloise

La proportion de mères âgées de 35 ans et plus reste élevée (23,3 %) à Bruxelles comparé à la Wallonie (16,1 %). À l'inverse, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans est plus faible en Région bruxelloise (2,0 %) qu'en Wallonie (3,6 %).

### Évolution importante du taux de diabète

À Bruxelles comme en Wallonie, le taux de diabète augmente depuis 2008,

atteignant 7,4 % en 2012. Ce phénomène est probablement multifactoriel et reflète aussi une augmentation réelle de la prévalence suite à l'augmentation de l'obésité maternelle, d'un changement dans la définition du niveau de glucose à partir duquel les médecins considèrent qu'il y a diabète gestationnel (diminution du seuil glycémique pour le diagnostic du diabète gestationnel) et d'une meilleure systématisation des tests de dépistage au cours de la grossesse.

Améliorer le dépistage des mères diabétiques permet de limiter les risques associés (un poids de naissance élevé, un accouchement compliqué ou par césarienne, une hypoglycémie néonatale due à l'hyperinsulinisme foetal).

### Augmentation de la proportion de mères en surpoids et obèses

L'augmentation de la proportion de mères en surpoids (34,5 % à 37,0 %) et obèses (13,1 % à 14,7 %) de 2009 à 2012 en Wallonie est plus élevée que celle observée en Région bruxelloise même si une augmentation y a également été observée en 2011 et 2012.

### Taux d'induction de l'accouchement en Wallonie : le plus élevé d'Europe

En Wallonie, le taux d'induction montre une légère pente descendante depuis 2009, tout en restant le plus élevé des trois régions du pays (32,0 % en 2012) et de l'ensemble des pays européens repris dans le dernier rapport Euro-Peristat.

Le taux en Région bruxelloise est passé de 26 à 29 % entre 2008 et 2012.

Dans les deux régions, le taux de césariennes reste stable de 2008 à 2012 (21,0 % en Wallonie et 20,0 % en Région bruxelloise). Ce taux est plus élevé parmi les mères plus âgées ou en surpoids ainsi que parmi les mères originaires d'Afrique subsaharienne.

Contrairement à la césarienne et l'induction, le taux d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse a diminué en Wallonie et en Région bruxelloise.

Centre d'Épidémiologie Périnatale,  
Route de Lennik, 808 BP 597, 1070 Bruxelles.  
Tél : +02 555 42 11 et 02 555 64 67.  
Courriel : [contact@cepip.be](mailto:contact@cepip.be).  
Internet : <http://www.cepip.be>

# VU POUR VOUS

## APES-ULg reloaded : la métamorphose

Gaëtan Absil, APES-ULg

« ... Voyager, n'est-ce pas triompher, se débarrasser des passions enracinées qui sont attachées à notre environnement habituel et avoir ainsi une chance d'en cultiver de nouvelles, ce qui est tout de même bien une espèce de métamorphose. »

Walter Benjamin, Écrits autobiographiques, 'Espagne 1932'

L'APES-ULg ouvre un nouveau site ([www.apes.be](http://www.apes.be)) plus beau, plus rapide, plus ergonomique, plus riche en contenu... et surtout beaucoup plus tourné vers les utilisateurs. Dix ans, c'est un âge vénérable pour le site précédent dans cette période d'accélération technologiques. Pour peu, l'ancien site constituait une couche archéologique 'du web d'avant'. Ne soyons pas tartuffe, le nouveau site n'a pas été pensé que pour vous. L'APES-ULg, c'est bientôt 35 ans d'actions, de réflexions, d'évaluations et de recherches au service de la promotion de la santé comme système de valeurs et champ de connaissances à activer. Trente-cinq ans, c'est déjà pas mal et c'est aussi une incroyable accumulation de textes et d'outils produits par les membres de l'équipe. La réalisation d'un nouveau site est, pour nous, l'occasion de jeter un coup d'œil dans le rétroviseur, d'ouvrir les archives et les fichiers, d'en sélectionner les éléments clés. Ce coup d'œil n'est pas nostalgique d'un âge d'or de la promotion de la santé, il était nécessaire pour mieux comprendre ce que nous sommes devenus. Et pourquoi pas, redécouvrir quelques pépites toujours utiles. L'APES-ULg est à la fois un service d'appui méthodologique et stratégique et une unité de recherche. Cela nous met en tension entre différentes formes de savoirs, ce que certains résument souvent et simplement par « le terrain contre la théorie ». Cette double appartenance, nous l'assumons dans notre nouveau site, d'autant plus que l'APES-ULg s'est toujours présentée comme une interface entre les différents savoirs et acteurs. Le nouveau site présente des onglets orientés vers l'appui et d'autres orientés vers la recherche. Du côté de l'appui, vous trouverez les rubriques *enfants et jeunes* (en ce compris la promotion de la santé et du bien-être à l'école), la *vaccination* (la

contribution de l'APES-ULg à l'association PROVAC), *l'appui aux pratiques et la formation*. La rubrique *évaluation* organise la transition de l'appui vers l'unité de recherche. Elle est à la fois utile aux acteurs de terrain, aux décideurs et aux chercheurs. Le nouveau site est entièrement conçu selon l'idée du courtage de connaissances, de l'organisation de médiation entre les savoirs et leurs usages pour l'action. Dans l'onglet d'en-tête de chaque rubrique, nous présentons en quelques mots les cadres de référence qui structurent nos réalisations et positionnent nos orientations de travail. Outre la présentation de notre offre de service et de nos réalisations, nous avons aussi choisi de donner le plus grand accès possible aux productions de l'équipe en matière d'outils, d'articles et de réflexions afin que le site soit l'un des supports du courtage de connaissances. En complément du site, l'équipe ouvre une page Facebook qui lui permet de partager de manière souple et rapide des actualités ou des références. Le site a été réalisé avec la collaboration du service Communication de l'Université de Liège et d'une étudiante en art.

### Un petit guide pour voyager

Inserés dans le texte, de nombreux liens renvoient aux documents pertinents pour l'illustrer (outils, rapports, articles). Chaque rubrique comprend un onglet

*outils* et un onglet *à partager*. Les onglets *outils* regroupent les liens vers des outils directement mobilisables pour l'action, construits par l'APES-ULg ou que nous avons sélectionnés pour vous. Les onglets *à partager* regroupent des réflexions, des références que nous jugeons enrichissantes à un moment donné. Le site dispose d'un menu sur son côté droit : *réalisations, actualités, publications, agenda, contact*. Ce menu vous donne accès aux éléments relatifs à la rubrique dans laquelle vous vous trouvez. Une liste d'événements vous signale les activités prévues par l'APES-ULg. En cliquant sur une activité, vous aurez accès aux détails complémentaires et à un agenda global. Si vous cherchez quelque chose de précis, vous pourrez utiliser la zone de recherche au-dessus de la liste. Nous espérons que ce site métamorphosé sera tout autant le vôtre. Nous vous invitons à y voyager en mémoire et actualité à cette adresse [www.apes.be](http://www.apes.be). L'APES-ULg change de logo. Le nouveau logo inscrit l'appui en promotion de la santé dans un cercle ouvert. Le cercle ouvert visualise le positionnement de l'APES-ULg comme interface, comme espace de courtage des connaissances. Il s'agit d'un lieu pour la promotion de la santé ouvert à l'ensemble des acteurs, des secteurs et des disciplines qui tissent la santé tout au long de la vie.





# SOMMAIRE

## ÉDITORIAL

- 2 *Éducation Santé*, pour tout savoir sur la promotion de la santé en Belgique francophone, par *Christian De Bock*

## INITIATIVES

- 3 Vie & VIH aujourd'hui, par la *Plate-forme prévention sida*
- 4 Salauds de fumeurs ! Une campagne controversée de communication sur le tabac en France, par *Christian De Bock*

## RÉFLEXIONS

- 7 Un regard d'intervenants sur les indicateurs de performance en promotion de la santé, par les *Centres locaux de promotion de la santé*

## STRATÉGIES

- 10 Recommandations pour un Programme quinquennal de promotion de la santé, par *Chantal Vandoorne* pour le Conseil supérieur de promotion de la santé

## LU POUR VOUS

- 11 L'égalité est meilleure pour tous, par *Hervé Avalosse*

## DONNÉES

- 14 Donnés périnatales en Fédération Wallonie-Bruxelles, par le *Centre d'Épidémiologie Périnatale*

## VU POUR VOUS

- 15 APES-ULg reloaded : la métamorphose, par *Gaëtan Absil*

### DES ARTICLES INÉDITS !

*Éducation Santé* vous propose des articles inédits sur son site internet ! Le saviez-vous ? La revue met en ligne chaque mois des articles inédits, jamais publiés dans la revue papier. Il s'agit le plus souvent de sujets d'actualité reçus trop tardivement pour être intégrés dans le numéro en cours ou alors de textes d'un intérêt évident mais que nous ne pouvons publier dans la version imprimée par manque de place. **Surfez donc sans plus attendre sur [www.educationsante.be](http://www.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](http://www.facebook.com/revueeducationsante) ou [www.twitter.com/EducationSante](http://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 à ce numéro :** Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, le CEpiP, les CLPS, la Plate-forme prévention sida, Chantal Vandoorne.

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

**Secrétariat de rédaction :** Christian De Bock

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

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

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Octopus (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, Hervé Avalosse, 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 :** 1200 exemplaires.

**Diffusion :** 1100 exemplaires.

**Diffusion électronique :** 1400 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 :** [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

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

Notre site adhère à la plate-forme

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

# ÉDUCATION SANTÉ

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



Wallonie



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



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

