

LE 140

ZINE DE CULTURES & SANTÉ

LA SANTÉ MÉDICALE, UNE SANTÉ BANCA(B)LE ?

La charte d'Ottawa, rédigée et signée en 1986 et reconnue par la Belgique, fonde les principes de la promotion de la santé. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment la vision globale de la santé et l'action sur les facteurs sociaux qui la déterminent. Un système de santé qui favorise une santé globale doit donc accorder une place prépondérante aux politiques sociales et à l'action communautaire. Dans cette approche, la santé se joue partout, dans le système de soins mais également et surtout dans les milieux de vie des individus (école, travail, quartier, logement...). Or, près de quarante ans après l'adoption de la Charte, la santé ne fait toujours pas l'objet de véritables politiques transversales, pire elle a tendance à s'enliser dans une vision médicale et marchande. Les politiques actuelles penchent clairement vers le soin (managérialisé) et définissent la santé à travers les pathologies. La santé devient un capital médical qui sépare celles et ceux qui peuvent l'investir de celles et ceux qui le subissent.

Après un court détour par la santé médicale et son lien avec le marché de la santé, ce numéro met au-devant de la scène des voix discordantes au discours dominant, qui luttent pour une santé collective et globale.



LA SANTÉ, UNE DONNÉE MÉDICALE ?

Ce recours au “tout médical” puise une partie de ses origines dans l'évolution des sciences médicales et le développement de la santé publique dans les pays occidentaux, marqués par la diffusion de normes de comportements¹. Bien que l'essor de la médecine ait permis, non seulement d'éradiquer de nombreux fléaux, sauvant les populations de maladies et de morts évitables, mais aussi d'améliorer l'espérance de vie de la population, elle a été accompagnée par un glissement du social au médical. Un phénomène appelé médicalisation qui, selon Peter Conrad², décrit un processus par lequel des problèmes non-médicaux deviennent des problèmes médicaux, généralement définis et traités en termes de maladies et de troubles. L'alcoolisme, le stress et l'anxiété, pour n'en citer que quelques-uns, sont envisagés avant tout comme des conditions médicales et individuelles et non pas le résultat de conditions sociales s'enracinant dans des sociétés inégalitaires³.

« L'expression n'a peut-être que 60 ans, mais le concept de médicalisation existait bien avant ; la création au milieu du XIXe siècle d'une “maladie” appelée la “drapétomanie” en est un bon exemple. Cette condition, inventée aux États-Unis, a été utilisée pour décrire le comportement des esclaves en fuite. Considérer comme une maladie mentale le fait de vouloir fuir une terrible situation, une réponse totalement saine dans ces circonstances, est un processus qui a souvent été appliqué aux femmes, médicalisées pour avoir combattu le sexisme, le racisme, le colonialisme ou d'autres oppressions entrecroisées ».

Abby Lipman,
La marchandisation de la santé,
in : à babord !, n°51, octobre-novembre 2013

La santé, uniquement vue par le prisme du médical, transforme les individus en corps, des corps potentiellement malades et intrinsèquement normés, le corps vu comme “en bonne santé” étant en partie le résultat de normes sociales.

Dans cette vision exclusive, deux mouvements opèrent et se nourrissent l'un l'autre, l'individu est responsable de la santé de son corps et quels que soient ses maux, c'est par le médical qu'il faut les appréhender. Gérard Pommier, psychiatre et directeur de recherches à Paris-VII, qualifie ce phénomène de confusion entre le pathologique et l'existentiel : « Les affaires sont les affaires ; il fallait que la méthode DSM⁴ soit simple : il n'est plus question de chercher la cause des symptômes ni de savoir à quelle structure psychique ils correspondent. Il faut seulement cocher les cases correspondant au comportement visible de celui qui se plaint. Cette pratique oublie qu'un symptôme n'est jamais une cause⁵ ».

DU SOCIAL AU MÉDICAL : UNE AUBAINE POUR LES INDUSTRIES ET LES ÉTATS ?

Les implications sociétales de la médicalisation de la société (selon le terme de Peter Conrad) sont multiples et complexes. Les acteurs exerçant un rôle dans le médical et la médicalisation se sont multipliés. Les industries pharmaceutiques, les assurances et depuis peu les GAFAM⁶ sont à présent détentrices d'une influence considérable, grapillant le pouvoir détenu jusqu'alors par les professionnels du soin. De plus, le néo-libéralisme, avec la rationalité économique et le consumérisme comme fers de lance, a conduit à une réduction de l'investissement de l'État dans la santé et les services publics. De manière concomitante, l'industrialisation de la médecine (c'est-à-dire la standardisation de pratiques et de l'organisation, la spécialisation et la normalisation de tâches, le développement et la production de machines, de médicaments, etc. visant une productivité accrue) a contribué à faire de la santé un marché.

La médicalisation du social, à l'œuvre depuis des décennies, promue principalement par les industries (avec profit à la clé), est à la fois un processus (de gestion du social par le médical) et un discours (propageant une idéologie de domination médicale)⁷. En tant que discours, elle dépolitise les déterminants sociaux de la santé puisque tout peut être du ressort de la médecine. De cette manière, elle individualise les comportements et responsabilise les personnes. Par exemple, si nous constatons une tendance à stigmatiser les personnes qui fument des cigarettes et à privilégier des solutions mettant en avant la modification du comportement des personnes (augmentation du prix, interdiction, substituts...), peu de réponses sont apportées pour identifier les causes et les affronter : la publicité et le marketing, la pression sociale, la présence de composants très addictifs dans les cigarettes mais aussi le stress dû à des conditions de travail pénibles ou précaires, à une absence de travail, des logements inadaptés, des revenus bas, un manque de perspectives et de possibilités... Cette vision de la santé ne permet donc pas de prendre en compte les réelles sources des problèmes de santé que rencontrent les individus ou les populations, elle dédouane les gouvernements de leurs actions et retourne les responsabilités politiques sur les individus.

⁶ Acronyme pour Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft. Selon des études économiques et financières sur le marché de la e-santé, « Apple, Microsoft, Google, Amazon investissent massivement sur ce marché qui pèse 3.7 milliards de dollars aux États-Unis. Dans le monde, les revenus tirés de la santé connectée (qui comprend la télémédecine, la pharmacie en ligne, ou encore les objets connectés) devraient passer, selon certaines études, de 350 milliards en 2019 à 600 milliards en 2024 ». Dans Google, Apple, Amazon, Microsoft : les Gafam à l'assaut du marché de la santé américain, Guillaume Renouard, La Tribune, 5 mai 2021.

⁷ Pour approfondir la critique de la domination médicale, lire Ivan Illich, *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Seuil, Paris, 1981.





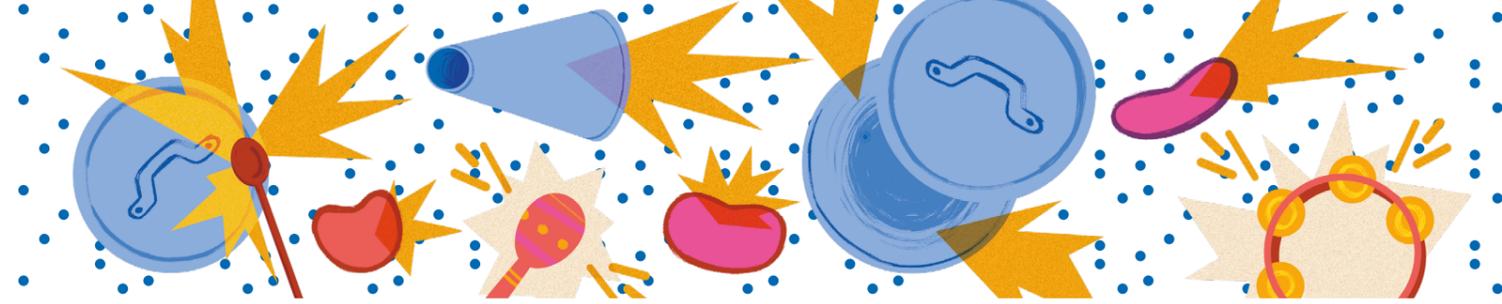
Un exemple parlant illustrant la manière dont s'articulent le médical, l'individuel et le marchand est la gestion et le contrôle du corps social, notamment de la jeunesse. De plus en plus de jeunes se voient diagnostiquer des troubles pour lesquels le recours à des prescriptions médicales est quasi systématique. Toute une partie des comportements qui peuvent survenir durant l'enfance et l'adolescence est catégorisée comme étant rattachée à des troubles : troubles de la conduite, troubles de l'attention, troubles narcissiques, personnalité "borderline". Le diagnostic est établi de plus en plus précocement dans le but de déceler de futurs troubles et de les traiter avant qu'ils n'apparaissent. Il semble cependant que ces troubles ne soient que rarement évalués à la leur du contexte de vie et de l'environnement familial. Ainsi, des difficultés scolaires, économiques, familiales se transforment vite en pathologie. Au Québec, les données montrent que des liens entre comportements, troubles et jeunes issus de milieux défavorisés sont un phénomène devenu courant⁸.

Selon la Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant, « en Belgique, depuis une dizaine d'années, on assiste à une augmentation significative du nombre de prescriptions (plus de 30%) d'un médicament indiqué en cas de trouble de l'activité motrice ou/et de l'attention chez l'enfant, la Rilatine. Si la Rilatine peut faire partie d'un traitement destiné aux enfants atteints de "Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité" (TDA/H), la problématique actuelle est qu'il semblerait que ce médicament soit de plus en plus recommandé avant d'avoir essayé d'autres traitements non médicamenteux (thérapie) ou même et soigneusement diagnostiqué. » Le traitement vise à "cadre" un enfant, à l'adapter à un cadre et/ou à améliorer ses performances⁹. Le marché des psychotropes et anxiolytiques représente un filon en or pour les industries pharmaceutiques. Aux États-Unis, la Rilatine a rapporté aux laboratoires Novartis 52 milliards de dollars de chiffre d'affaires en 2018¹⁰.

Le marché des troubles est donc juteux et le médicament devient un remède social. On assiste ainsi à un accroissement des dépenses de médication par habitant-e¹¹.

UNE LOGIQUE POUR QUELS EFFETS ?

Parallèlement, le désinvestissement de l'État dans la santé publique¹² au profit d'acteur-trices privés a considérablement impacté le système de soins, le dirigeant vers un fonctionnement rentable pour une société capitaliste. Tout est une affaire de gestion, à flux tendu : gestion des lits, gestion du stock, gestion du temps (hospitalisation, consultation...). Il faut pouvoir comptabiliser, diminuer les coûts, augmenter les actes médicaux pour pouvoir justifier et obtenir une part du budget alloué. La concurrence fait partie intégrante du système de soins forçant les hôpitaux à poursuivre des objectifs commerciaux : « Si un hôpital augmente son activité, il augmente sa part dans le BMF¹³, dès lors, celle des autres diminue, regrette Jean Hermesse. Cela crée une pression à la croissance. C'est un mécanisme inflationniste stressant qui génère des activités qui ne sont pas toujours nécessaires¹⁴ ». Les soins deviennent des transactions marchandes, qui se doivent d'être rentables. Le relationnel et l'écoute ont du mal à y trouver leur place. Face à ce retrait de l'État et cette mise sur le marché de la santé, c'est le personnel soignant qui paie une partie des frais : détérioration des conditions de travail, précarisation des professions, manque de personnel, manque de moyens¹⁵... Les politiques, en plus d'être responsables de cette situation, alimentent cette orientation marchande de la santé et son sous-financement qui, selon le GRESEA¹⁶, « est organisé, directement par les politiques de modération budgétaire, par la baisse des cotisations sociales et des impôts de certaines catégories de la société ou indirectement par la clémence des États vis-à-vis de l'évasion et de la fraude fiscale des grandes fortunes, de la corruption ou de la mauvaise gestion¹⁷ ». Il y a donc un risque important que la santé se pense et se pratique comme un bien commercial où les prix, la qualité, la réalisation des soins ou encore les remboursements peuvent être des variables ajustables aux lois du marché. Ceci est sans compter sur l'organisation de voix discordantes aux discours dominants.



LES LUTTES POUR LA SANTÉ

DES EXEMPLES CONCRETS

La pandémie de Covid-19 a mis sur le devant de la scène la gestion catastrophique du matériel médical (masques, protections...) mais aussi les répercussions humaines des politiques de rationalisation et de rentabilisation du système de soins : la gestion de la crise a reposé et repose sur l'épuisement et le sacrifice du personnel de première ligne. L'emprise de la logique capitaliste de maximisation des profits en ressort amenuisée par la démonstration du pire : une épidémie mondiale. Cette crise sanitaire et sociale révèle la nécessité d'un système de soins performant au service de tous et toutes. Elle a souligné l'importance de l'action sociale de l'État, notamment à travers les services publics. Très sollicités, ils se sont avérés indispensables dans la lutte

contre le coronavirus. Elle a également défié la vision individuelle et médicale de la santé, en forçant à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé susceptibles de jouer dans l'augmentation ou la diminution de la contamination et propagation du virus¹⁸. Bien qu'il soit toujours présent, la contestation par le personnel médical de la marchandisation de la santé et de ses effets en temps de crise, s'est consolidée autour d'un mouvement interprofessionnel, le collectif *La santé en lutte*, né en 2019 des suites de la mobilisation contre les réformes de la santé¹⁹. Par l'organisation collective de l'interpellation politique, ce collectif a construit un rapport de force visibilisant les enjeux de santé publique sous gouvernamentalité à tendance néolibérale.

REVENDICATIONS DE LA SANTÉ EN LUTTE²⁰

- **Un refinancement des soins de santé avec une transparence sur l'utilisation du budget.**
- **Un arrêt de la dynamique de marchandisation des soins.**
- **L'engagement de plus de personnel pour assurer des soins de qualité à toutes et tous.**
- **Une revalorisation salariale de tous les métiers de la santé.**
- **Un arrêt de la précarité des emplois.**
- **Un arrêt du recours au privé via l'externalisation des services.**
- **Une amélioration des conditions de travail : sortir de la logique d'actes à la chaîne et revenir à une prise en charge humaine des patient-es dans leur globalité.**
- **Une association des patient-es et du personnel de la santé à toutes les grandes décisions concernant le secteur.**

¹⁸ On pense ici aux nombreuses études mettant en lumière les conditions de vie et l'environnement des personnes comme étant des facteurs aggravant le risque de contamination, COVID-19 : le virus des inégalités, Oxfam France, 10 avril 2020.

¹⁹ Pour en savoir plus sur la genèse de ce mouvement lire l'étude de Natalia Hirtz, *Conflits dans le secteur de la santé et naissance du mouvement « La santé en lutte »*, GRESEA, 14 septembre 2020.

²⁰ Retrouvez l'entièreté des revendications sur leur site : lasanteenlutte.org

⁸ Mouvement jeune et santé mentale, *Résultats de la consultation*, Québec, janvier 2017.

⁹ CODE, *Rilatine : traitement ou produit dopant contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant ?*, Analyse, mars 2017.

¹⁰ Julien Brygo, *La pilule de l'obéissance*, Le Monde Diplomatique, décembre 2019, pp.22-23.

¹¹ « La consommation de médicaments prescrits continue de croître : en 1997, 41% de la population déclarait avoir pris un médicament prescrit au cours des 2 dernières semaines ; en 2001 et 2004, c'était environ 47% et en 2008, le taux est passé à 51% », Johan Van der Heyden, *Consommation de médicaments*, Enquête de santé par interview, Belgique, 2008.

¹² Selon une étude du CADTM : « Ces cinq dernières années, le budget santé des administrations publiques n'a augmenté, en moyenne, que de 0,67 % par an, ce qui est largement insuffisant pour combler l'augmentation des besoins de financement. Les facteurs de cette augmentation sont multiples et tendent pour la plupart à s'aggraver et donc à accentuer la pression de la demande en soin de santé ». Lire l'étude pour plus de précisions chiffrées : Gilles Grégoire, *Les soins de santé en Belgique : De la privatisation à la socialisation ?*, étude juin 2020, CADTM.

¹³ Le Budget Moyen Financier, principale source financière des hôpitaux en Belgique.

¹⁴ Cédric Vallet, *Hôpitaux : Soigner les chiffres*, Médor, Enquête n°20, 9 septembre 2020.

¹⁵ Ce constat n'est pas récent et se renforce au fil du temps. Lire le dossier du Chaînon consacré à la marchandisation de la santé : La LUSS, *Dossier Marchandisation des soins de santé : patients ou clients ?*, le Chaînon, n°34, juillet-septembre 2014.

¹⁶ Groupe de recherche pour une stratégie économique alternative.

¹⁷ Sébastien Franco, *Les systèmes sanitaires face à la marchandisation de la santé*, GRESEA, 23 avril 2018.

La santé en lutte dénonce « un système qui permet de tout rationaliser, et c'est une rationalisation des soins à travers un prisme financier ». Il met aussi l'accent sur la relation aux soins et à l'autre : « elle se trouve où la logique de soin dans ce système ? Il est où le patient dans cette vision ?²¹ ». Par ses actions (tractages, banderoles, manifestations, sit-in, soutien à d'autres collectifs et aux personnels d'hôpitaux...), il revendique une valorisation du système de soin et des métiers et une égalité d'accès aux soins en tenant compte des besoins de chaque groupe et en réduisant les obstacles à ses services, qu'ils soient financiers, sociaux ou culturels.

D'autres collectifs luttent pour une démocratisation des connaissances médicales et des soins. Comme les *street medics* par exemple, qui sont présent-es en manifestation et dans des endroits isolés des services publics de soin. Ils et elles viennent en aide aux personnes bénévolement et, par cette pratique, soutiennent une critique radicale de la société : « notre action s'oppose aux violences policières, à la répression et soutient pleinement le droit des individus à manifester, s'organiser, s'émanciper et s'attaquer aux sources de leur malheur²² ». À la source de ces malheurs, se terrent des déterminants sociaux et sociétaux avant d'être médicaux. Les symptômes ne peuvent être compris que si l'on développe une approche globale et collective de la santé.

« À l'origine des *street medics*, se trouve le Medical Presence Project (MPP), initié par des médecins et soignants manifestant dans les cortèges. Ils expliquent leur présence par deux raisons : "la simple présence de personnel de santé réduit la peur face aux troubles et blessures dans le mouvement. Il y a aussi l'effet préventif d'une telle présence, qui semble réduire la violence de la répression."

De là vont naître les groupes de *street medics* prenant le soin comme un moyen d'autodéfense, facilement partageable par des formations de premiers secours. Les *street medics* ont apporté soutien et formation au sein de l'*American Indian Movement* (AIM), du *Young Lords Party*, du *Black Panther Party*, dans les années 1960 et 1970. Les *free clinics* de ces groupes révolutionnaires eurent aussi leur soutien ».

Partage :
Brefs rappels historiques des *streets medics*
contre la neutralité en manif,
Street-Medics Autonomes Belgique,
17 juin 2019.

Au niveau institutionnel, le système des maisons médicales²³, au travers de sa fédération, développe une vision de la santé basée sur une approche pluridisciplinaire des soins (accueillant-e, médecin, infirmier-e, kinésithérapeute...) un service de proximité implanté dans un quartier, une accessibilité financière et des actions communautaires en santé (groupe de patient-es, ateliers santé, activités collectives...). Elles constituent un moyen, ayant fait ses preuves, de réduction des inégalités de santé.

Outre les enjeux de la qualité et de l'accessibilité aux soins, indispensables pour repenser le système actuel, la prise en compte d'autres déterminants sur la santé (le logement, le travail, l'éducation, les revenus, le genre...) est tout aussi primordiale.

C'est ce que martèlent et font depuis plus de 30 ans les acteurs-trices issu-es du champ de la promotion de la santé : agir pour la santé, c'est conférer aux individus les moyens d'influencer ce qui la détermine. Cela passe par l'implication de la population dans les actions qui concernent leur santé et par la création d'environnements favorables à la santé²⁴.

Nous pourrions donc exhorter les politiques à faire de même : travailler sur les causes plutôt qu'avec les symptômes et ce, en incluant les populations.

²¹ Propos tirés d'une interview menée par Cultures&Santé auprès de deux membres de La santé en lutte, février 2021.

²² Une description de la vision et de la pratique des *street medics* est disponible sur leur site : Street-Medic Network Belgium (street-medic.be).

²³ Lire à ce propos le dossier *Le pouvoir d'agir : saisissons-le !*, Santé conjugulée, n°92, septembre 2020.

²⁴ Glossaire de promotion de la santé OMS, Genève, 1999.

UN MOT SUR CETTE REVUE

Cette revue semestrielle vise à offrir des analyses variées sur des enjeux portés par l'association ou qui la préoccupent (justice sociale, féminismes, promotion de la santé, éducation populaire, alternatives...), en y adoptant un angle de vue critique pour insuffler la réflexion et la discussion. Elle servira également de porte-voix à des personnes engagées dans des processus d'action et de réflexion (auteur-trices, travailleur-euses, acteur-trices en santé communautaire, en éducation permanente...). Chaque numéro mettra en évidence une thématique unique, en lien avec l'offre de Cultures&Santé, ses outils, ses ressources, ses formations.

La charte grammaticale de cette revue repose sur l'idée que le langage dit en partie le monde : la façon dont on parle reflète la façon dont la société voit le monde et "conditionne" les individus. Afin de pouvoir contribuer, par le choix des mots et leur écriture, au combat pour l'égalité, nous avons opté pour une ligne inclusive. Pour cela, nous avons choisi de rendre visible les genres, soit en utilisant le point médian (par exemple : citoyen-ne) ou la double flexion (citoyen et citoyenne), soit en usant du genre neutre (par exemple : la personne exilée).

ÉCRIVEZ-NOUS !

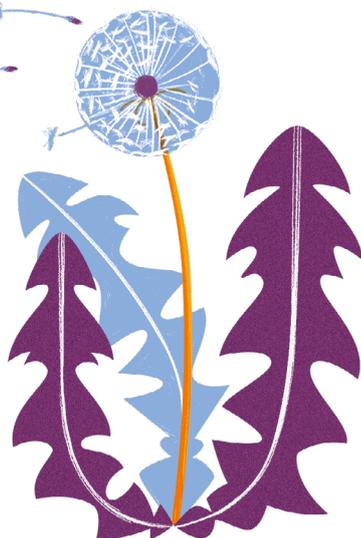
Nous vous encourageons à nous faire part de vos commentaires, avis, réflexions qui pourraient surgir à la lecture de ce numéro.

info@cultures-sante.be

MONOLOGUE DU VIRUS

Face à moi, ne cédez ni à la panique ni au déni. Ne cédez pas aux hystéries biopolitiques. Les semaines qui viennent vont être terribles, accablantes, cruelles. Les portes de la Mort seront grand'ouvertes. Je suis la plus ravageuse production du ravage de la production. Je viens rendre au néant les nihilistes. Jamais l'injustice de ce monde ne sera plus criante. C'est une civilisation, et non vous, que je viens enterrer. Ceux qui veulent vivre devront se faire des habitudes nouvelles, et qui leur seront propres. M'éviter sera l'occasion de cette réinvention, de ce nouvel art des distances. L'art de se saluer, en quoi certains étaient assez bigleux pour voir la forme même de l'institution, n'obéira bientôt plus à aucune étiquette. Il signera les êtres. Ne faites pas cela « pour les autres », pour « la population » ou pour « la société », faites cela pour les vôtres. Prenez soin de vos amis et de vos amours. Repensez avec eux, souverainement, une forme juste de la vie. Faites des clusters de vie bonne, étendez-les, et je ne pourrai rien contre vous. Ceci est un appel non au retour massif de la discipline, mais de l'attention. Non à la fin de toute insouciance, mais de toute négligence. Quelle autre façon me restait-il pour vous rappeler que le salut est dans chaque geste ? Que tout est dans l'infime.

Monologue du Virus,
extrait, Lundi am, #234,
le 21 mars 2020.



POUR ALLER PLUS LOIN

OUTILS PÉDAGOGIQUES DE CULTURES&SANTÉ

Le guide **Osez le plaidoyer pour la santé ! Balises pour une démarche communautaire** qui explore les éléments-clés d'une démarche communautaire dans ce domaine illustré par des expériences citoyennes, 2018

La carte et son fichier d'exploitation **Schuman Show : À la rencontre des lobbies** qui met en lumière les activités des lobbyistes dans le quartier européen à Bruxelles, 2019

Le kit pédagogique **Enjeux santé : Les déterminants de santé sous la loupe**

Le fichier d'animation **Échanger pour changer : Covid-19 et société**

LECTURES

Open Pharma : qui finance quoi ?
Médor, avril 2022

Denis Mannaerts,
La promotion de la santé, une exigence éthique pour la santé publique
Éducation Santé, n°387, avril 2022

L'enquête de santé, Médor, 2020-2021

Le pouvoir d'agir : saisissons-le !
Santé conjugulée, n°92, septembre 2020

Pour une gauche médicale. Médecine réparatrice ou émancipatrice ?
Politique, n°101, septembre 2017

ÉCOUTÉ POUR VOUS

UN PODCAST À SOI, N°26



Prendre soin,
penser en féministes
le monde d'après

Charlotte Bienaimé donne la parole à celles qui ont vécu la crise de plein fouet, ces femmes qui exercent les métiers du soin : « au-delà de la célébration ponctuelle, cet épisode cherche à leur rendre hommage, pour ne pas oublier leurs histoires et leurs voix aussi vite qu'elles ont été mises en lumière. Il interroge aussi plus largement la notion de soin : qui prend soin de qui ? Est-ce que le care n'est pas aussi une question de classe ? Comment ont été soigné·e·s les habitantes et habitants des quartiers populaires ? ».

Un moment d'écoute réflexif, lyrique et militant à découvrir.



ill. Anna Wanda Gogusey pour Arte Radio

Réalisation :
Cultures & Santé asbl

Alexia BRUMAGNE
Anaïs MAUZAT
Céline PRESCOTT
Claire BERTHET
Denis MANNAERTS
Dominique DURIEUX
Jeanne DUPUIS
Jérôme LEGROS
Laurence D'HOND
Maïté CUVELIER
Marie-Brune de CHASSEY
Najya SI M'HAMMED
Rabia BENAMAR
Rachida AZZOUZ
Rafael SALGADO OLIVERA
Roxane COMBELLES
Souad LAGHMICH
Valentin GORRIS
Xhemile BUZAKU

Éditeur responsable :
Denis Mannaerts
Rue d'Anderlecht 148
1000 Bruxelles

Imprimé par Media Process
Chaussée de Louvain 775 - 1140 Bruxelles

Revue semestrielle
300 exemplaires

Elle peut être téléchargée sur notre site
www.cultures-sante.be

Le 148 peut être commandé
gratuitement auprès de notre centre
de documentation
cdoc@cultures-sante.be
+32 (0)2 558 88 10



Association d'éducation permanente,
de promotion de la santé et de cohésion sociale.

Avec le soutien de



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Familles santé handicap
AVIQ