



Premiers secours en milieu (extra) scolaire

Les premiers secours en milieu (extra) scolaire

Utilité et pertinence des formations dispensées par la Croix-Rouge de Belgique – 2^e partie

Résumé de l'épisode précédent

Il y a deux ans, la Croix-Rouge a entrepris l'évaluation d'une de ses formations phares, le Brevet Européen des Premiers Secours (BEPS)¹, dispensée auprès d'un public spécifique, les accueillantes temps libres². Après le temps des résultats et de leur exposition³, voici venu celui de la compréhension et du changement où l'évaluation se fait évolution.

Pour synthétiser en quelques lignes un rapport de cent vingt pages⁴, il nous a fallu condenser, caricaturer et ainsi trahir en de regrettables, mais inévitables raccourcis la complexité et, osons le dire, la richesse de notre étude. Riche en effet car réconfortante : l'enquête établit clairement que le BEPS est apprécié par les participants, leur apporte des connaissances utiles, augmente leur confiance en soi et les sensibilise à la problématique des secours. Étude interpellante également par le doute que jettent certains résultats sur l'impact réel de la formation :

- les personnes interrogées n'utilisent pas ou utilisent peu les apprentissages réalisés en formation, les problèmes abordés ne se présentent que très rarement sur le terrain;
- en cas d'accident sérieux, peu de personnes formées disent se sentir capables d'intervenir, notamment par défaut de savoir-faire en matière de gestion du stress ou de prise de décision;
- suivre un BEPS ne modifie pas ou modifie peu l'image de soi que les participants pensent avoir auprès de leurs collègues et de leur direction; la grande majorité d'entre eux ne se considère pas comme une personne-ressource en matière de premiers secours;
- le cadre institutionnel et l'environnement matériel ne fournissent pas toujours ou ne fournissent pas entièrement les conditions

nécessaires à l'application des consignes propres aux premiers soins.

Si l'apprentissage des premiers secours reste une nécessité d'utilité publique, si, pour le mettre en œuvre, la Croix-Rouge est plus que jamais incontournable par son expérience, son professionnalisme et l'enrichissante introspection réalisée tout au long de cette enquête, il n'en demeure pas moins impérieux de s'interroger sur le sens de ces résultats et les pistes à suivre pour rendre le BEPS (encore) plus efficace.

■
Sous des atours sobres et limpides, l'enseignement des premiers secours recèle bien des pièges que l'enquête a sinon révélés, du moins mis en lumière pour mieux les comprendre et partant, mieux les gérer.
 ■

Le temps de l'analyse

En principe, au terme d'une évaluation, les acteurs du changement sont invités à porter leur attention et leurs efforts sur ce qui dépend d'eux, ce qu'ils peuvent modifier, ce qui émerge à leur champ de connaissances et de compétences. Conseil éclairé, certes, mais qui assombrit plutôt le moral de la Croix-Rouge dans notre cas. En effet, les raisons avancées pour expliquer l'incapacité (supposée) des personnes formées à intervenir dans des cas graves concernent, pour l'essentiel, des facteurs que l'on pourrait qualifier de « génétiques » dans la mesure où ils renvoient :

- à l'essence même des premiers secours, à la matière enseignée elle-même;
- aux limites et contraintes propres à (presque) tout processus de formation;

- au profil même de la personne formée, à son identité professionnelle et à ses conditions de travail, parfois incompatibles avec les actes et les responsabilités propres aux premiers secours.

Autant de paramètres sur lesquels l'opérateur de formation a peu d'influence en soi, mais qu'il devra, d'une façon ou d'une autre, prendre en considération. Examinons rapidement quelques-uns de ces facteurs avant de proposer des solutions pour les contourner ou en réduire la portée.

Des soins bien réels à usage virtuel

Le BEPS repose sur un principe clé : « il faut tout prévoir, surtout le pire ». Pour éviter le chaos, prévoyons « le cas où ».

On privilégiera les traumatismes sévères (l'enfant a perdu connaissance) qui exigent des gestes précis (pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire), mais aussi de solides savoir-faire (gérer son propre stress, ainsi que celui des autres), quitte à transmettre des savoirs qui ne serviront peut-être jamais, mieux, dont on espère qu'ils ne serviront jamais. Dur, dur.

En principe, une formation transmet des connaissances, des aptitudes, des modes de réflexion répondant à des besoins réels, transférables dans les pratiques professionnelles, destinés à améliorer le bien-être, la qualité du travail, la gestion de problèmes récurrents. Impossible qu'il en soit ainsi dans le cas du BEPS. « *On ne saura jamais si on sait, puisque cela n'arrivera jamais* », prédit un participant. Quels seront dès lors les repères d'efficacité et d'efficience pour une formation qui aborde des problèmes jamais vécus et qui ne surviendront peut-être jamais ?

Rares voire inexistantes sont en effet les occasions où l'accueillante pourra appliquer ses

1 Formation de 12 heures ayant pour objet d'apprendre « à pouvoir agir en cas d'accident, en présence d'une fracture, d'un traumatisme crânien, d'une plaie ou d'une intoxication ».

2 Chargées de l'accueil des enfants à l'école, les accueillantes temps libre (ATL) suivent un BEPS dans le cadre des formations subventionnées par l'ONE.

3 Lire ou relire à ce sujet l'article paru dans la revue Éducation Santé n°254 en mars 2010.

4 Toute personne souhaitant obtenir la version intégrale du rapport peut s'adresser à André Lufin, Département Action sociale, Croix-Rouge de Belgique, par mail andre.lufin@redcross-fr.be ou par téléphone au 02 371 33 21.

connaissances, s'aguerrir aux techniques, tester sa volonté, son esprit de décision, son sens du devoir... D'où oubli, inexpérience, absence de repères. « *On voudrait bien, mais on saurait point* » chantent en chœur les Bepsés⁵, convaincus à juste titre que « *faute de pouvoir s'exercer pour « de vrai* », on perd ses capacités.»

À moins de promouvoir le rugby dans les cours de récré, la Croix-Rouge ne peut pas faire grand-chose en la matière. Quoique. Des stratégies pour intégrer cet état de fait dans la formation ont déjà été testées avec succès. Nous y reviendrons.

Limites humaines...

Au cas où le « cas où » se présente, le Bepsé portera-t-il secours à la victime ?

Rien n'est moins sûr. Seuls, 11 % des personnes interrogées se disent capables de gérer une crise de convulsions et à peine 31 %, une perte de connaissance. Manque d'expérience et de pratiques sûrement. Mais aussi blocage pour passer à l'acte. Porter secours engage la santé, l'intégrité physique, parfois la vie de la victime. Il faut agir vite, anticiper, prendre des responsabilités. La crainte de mal faire, le manque de confiance en soi, l'absence de soutien ou de reconnaissance... peuvent opérer comme autant de facteurs inhibants.

Le secouriste amateur n'échappe pas aux lois énoncées par la psychologie sociale. La peur du regard d'autrui, l'anticipation des conséquences négatives, la disposition à ne pas intervenir si d'autres personnes sont présentes... risquent bien de tétaniser le sauveur potentiel (virtuel ?). « *On voudrait bien, mais on ne pourrait point* » s'excusent des Bepsés pourtant motivés et techniquement au point. À moins d'« encourager » chaque témoin d'un accident avec un gourdin, la Croix-Rouge semble bien impuissante.

.... et pédagogiques

En outre, soucieux d'efficacité et cohérents avec leurs objectifs, les formateurs privilégient les gestes techniques au détriment des savoir-faire psychosociaux (rester calme, gérer le stress, prendre une décision...), pourtant indispensables pour poser les dits

gestes. Impossible de faire autrement. La formation ne peut tout aborder, tout approfondir, tout expérimenter. Des choix doivent être faits. Le BEPS va donc à l'essentiel et enseigne les règles à observer en toutes circonstances d'une part, les cas graves d'autre part, abordés dans leurs dimensions techniques (que faire ?) plutôt que sous un angle psychosocial (comment être pour bien faire ?).

Nul n'ignore à la Croix-Rouge que l'application des premiers soins suppose la maîtrise d'attitudes et d'aptitudes tels que l'écoute, la prise de décision, le contrôle de soi... Mais l'exploration de ces compétences obligerait les formateurs à sacrifier d'autres apprentissages. Le(s)quel(s) ? Le soin des plaies ? L'appel du 112 ? L'intervention en cas d'intoxication ? Tout semble si important !

Le choc des maux, le poids du boulot

Si l'on met en perspective les gestes qui sauvent avec le profil professionnel et les conditions de travail des accueillantes, on se retrouve à nouveau dans une impasse où le virtuel le dispute à l'impossible. Il n'est pas évident pour des personnes peu ou mal intégrées dans leur milieu professionnel, peu ou mal reconnues par leurs collègues et leur employeur, soumises à des statuts précaires et à des horaires décalés, parfois seules avec un nombre élevé d'enfants, de prendre des décisions aussi délicates que l'appel du 112, la réanimation d'une victime ou le soin d'une brûlure au troisième degré.

Nous ne doutons pas de la (bonne) volonté ou des compétences des accueillantes, mais relevons, sur base de leurs propres témoignages, les distorsions entre les exigences des premiers secours et les réalités de leur vécu quotidien, qui les amènent à s'exclamer : « *On voudrait bien, mais on n'oserait point.* » Soulignons, pour le regretter que, si le BEPS est considéré par l'ONE, les pouvoirs organisateurs ou les directions d'école, comme une formation prioritaire, elle ne jouit, à de rares exceptions près, d'aucun suivi, ni d'aucune reconnaissance institutionnelle, les compétences acquises étant, au même titre que les participants, aussi peu exploitées que valorisées.



Photo © Croix-Rouge

On aurait pu évoquer également la difficulté d'adapter pour un public profane des notions essentiellement médicales, les effets parfois contre-productifs des mises en situation ou les carences institutionnelles (pharmacie de secours inexistante, procédures à suivre en cas d'accident méconnues, absence de local de soins...) qui rendent les consignes de la Croix-Rouge parfois inapplicables sur le terrain.

Sous des atours sobres et limpides, l'enseignement des premiers secours recèle, on le voit, bien des pièges que l'enquête a sinon révélés, du moins mis en lumière pour mieux les comprendre et partant, mieux les gérer. Comme nous l'évoquions dans notre premier article, « le cadre conceptuel qui fonde la promotion de la santé et les repères méthodologiques qui l'animent nous sont apparus comme une grille de lecture et d'interprétation performante (...) pour structurer notre réflexion et proposer une rénovation substantielle du BEPS (...) ». En voici quelques lignes de force.

5 Autorisons-nous désormais ce néologisme désignant une personne ayant suivi un BEPS.

Le temps des (bonnes) résolutions

Placer le bénéficiaire au cœur du processus

Les résultats de l'enquête, les opinions exprimées par les formateurs et les observations que nous avons réalisées convergent vers la nécessité de (re)placer les bénéficiaires (la personne formée, mais aussi la victime potentielle) au cœur de la formation⁶. Ce recentrage du produit « formation » sur l'utilisateur implique :

- d'intégrer dans le projet pédagogique, les spécificités des personnes formées (manque de reconnaissance...), leurs conditions de travail (seul adulte...), mais aussi leurs atouts, leurs forces, leurs compétences;
- d'inscrire le bénéficiaire dans un continuum, c'est-à-dire de l'impliquer comme acteur avant la formation (motivation, responsabilisation...), pendant (représentations mentales...) et après (réfèrent, porteur de normes...);
- d'envisager comme objectifs de formation, les apprentissages spécifiques aux premiers secours (soigner une plaie, effectuer une réanimation...), mais aussi les capacités psychosociales (gérer le stress, savoir écouter...) à acquérir ou à confirmer.

Développer les compétences psychosociales aura un double effet : augmenter la probabilité que les gens interviennent en cas de problème et leur permettre de disposer de compétences transversales, utiles en d'autres situations (conflits, rencontres avec les parents...). Ce « bagage » trouvera dans les premiers secours un champ d'expression aussi vivant que vital.

Comme le sera (vivante et vitale !) l'expression des représentations mentales des participants en matière de soins. Que vaudra la consigne « ne jamais donner de médicaments » face à des opinions telles que « une aspirine, ce n'est pas vraiment un médicament » ou « les parents m'en voudraient si je ne soulageais pas leur gosse » ? S'adapter aux personnes formées, c'est partir de « là où elles sont » et construire, avec (et non contre ou malgré) leurs savoirs actuels, préexistants à la

formation, des connaissances nouvelles. Des modifications sensibles ont déjà été apportées au BEPS pour intégrer cette réalité. Dans la même optique, la Croix-Rouge tend à remplacer (ou accompagner, compléter...) les incitants négatifs de nature parfois stressante et hypothétique par des motivations positives, ancrées dans la réalité, exprimées en termes de bénéfices personnels et professionnels (confiance en soi, sécurisation de l'environnement...).

■
L'offre de formation de la Croix-Rouge a également évolué vers une meilleure prise en compte de l'environnement matériel et des attentes des personnes formées en proposant aux enseignants et aux accueillantes des formations in situ.
■

Définir des finalités et des objectifs clairs, réalistes et vérifiables

Évidence méthodologique certes, mais toujours bonne à rappeler : la nécessité de formuler les objectifs à partir des besoins de la personne formée tout en tenant compte des facteurs déterminant les comportements. Ainsi, on énoncera ce dont a besoin une accueillante pour soigner efficacement une victime, à savoir :

- les connaissances techniques et « médicales » nécessaires : savoir comment la soigner, pouvoir reconnaître les cas graves...
- les attitudes pour passer à l'acte : se sentir capable, reconnu, « autorisé »...
- les aptitudes : gérer le stress, être à l'écoute...
- les conditions matérielles : disposer d'un local, d'une trousse de secours...
- les conditions organisationnelles : pouvoir confier les enfants à un collègue...
- un cadre légal : connaître et pouvoir agir selon le règlement, la législation, les procédures.

Sur cette base, il sera possible de différencier les objectifs cognitifs, psychomoteurs et psychosociaux et d'identifier d'autres stratégies

(advocacy, lobbying...) pour compléter et soutenir la démarche formative.

Cette approche, certes bien connue des formateurs, mais qu'il était bon de réanimer, a permis de réduire l'écart entre objectifs et ressources. Mieux, elle sert de socle à une concertation ONE/Croix-Rouge pour bâtir, sur le modèle de la « formation en spirale », des recyclages ciblés et réguliers.

La réalisation de ces objectifs pourrait (devrait) passer par la mise en œuvre de synergies avec d'autres opérateurs de formation (École des Parents et des Éducateurs, Intercommunale sociale du Brabant wallon...), actifs auprès des accueillantes temps libre, avec et pour lesquelles ils développent certaines des fameuses compétences transversales évoquées plus haut.

L'offre de formation de la Croix-Rouge a également évolué vers une meilleure prise en compte de l'environnement matériel et des attentes des personnes formées en proposant aux enseignants et aux accueillantes des formations *in situ* : « *Plutôt que de faire comme la réalité, nous (les formateurs) nous efforçons d'être dans la réalité en mettant les gens en situation réelle dans leur crèche ou leur école, en reconstituant un accident sur leur lieu de travail.* » Dans ce cas, il ne s'agit plus d'aborder toutes les situations possibles et imaginables, mais d'en analyser une seule et de (re)constituer les gestes et attitudes qui l'accompagnent, accordant ainsi une place plus grande aux savoir-faire et savoir-être déjà évoqués.

Responsabiliser les décideurs

« *Aucune organisation interne, aucune consigne, pas de planning : qui appeler, que faire; c'est le plus souvent n'importe quoi* », affirme un formateur à propos des premiers secours en milieu scolaire. Par ailleurs, nous l'avons vu, les personnes formées sont peu reconnues et valorisées à leur retour sur le terrain. Aussi s'agira-t-il de sensibiliser les décideurs sans lesquels les conditions minimales de gestion des accidents ne peuvent être réunies. Trois priorités se dégagent :

- la reconnaissance de la personne formée comme personne-ressource en premiers

6 ...et, plus largement, au cœur de la problématique des secours en milieu scolaire, comme nous n'aurons malheureusement pas le temps de le développer dans cet article.

secours : ce statut de « personne de référence » est complexe; il faudra le définir, le circonscrire, lui attribuer les moyens des fins qui lui seront prêtées, notamment en matière de certification, d'identification et de communication;

- la gestion des aspects matériels : il est essentiel que les responsables investissent de l'attention, du temps et des moyens dans l'application des normes minimales pour assurer des soins de qualité : trousse de secours en ordre, procédure connue et applicable, local de soin accessible...
- la concertation locale : il serait pertinent de mettre en place des réunions « secours et santé » consacrées à l'organisation des secours dans l'école; cette initiative rassemblant tous les membres (ou leurs représentants) de la communauté scolaire rencontrerait le besoin

de travailler en équipe souvent exprimé par les ATL : « Assurer des moments d'échange réguliers au sein même de leur école leur serait profitable à plus d'un titre. »

Conclusion

Sur le plan méthodologique, la promotion de la santé et les stratégies, notamment éducatives, qu'elle véhicule a fourni à notre recherche un paradigme réellement bâtisseur et un cadre conceptuel structurant.

Pourquoi ? Sans doute parce que les premiers secours ne concernent pas que la transmission d'automatismes ou la prescription de normes hors desquelles point de salut, pas plus que l'éducation nutritionnelle ne se résume à une liste d'interdits ou à quelques recettes équilibrées. Les gestes qui soignent et qui sauvent cristallisent des attitudes pro-

motrices de bien-être et de citoyenneté que savourent avec bonheur le secouru comme le secourant. Ils déclinent et animent ainsi des valeurs porteuses et faiseuses de santé et de bien-être, autant que d'humanité (respect et compréhension de la personne), d'impartialité (secours et santé pour tous sans discrimination), de neutralité (indifférence aux conflits et aux controverses), d'indépendance (autonomie), soit quatre des sept principes fondamentaux de la Croix-Rouge que ne renierait certainement pas la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa.

André Lufin, Conseiller pédagogique, Département Action sociale, Croix-Rouge de Belgique

« La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance »

Sociologue du risque, Patrick Peretti-Watel (Inserm, Marseille), a réalisé une série d'entretiens avec des gros fumeurs issus de populations défavorisées. Il souligne l'échec relatif de la prévention du tabagisme chez ces fumeurs, qui n'ont pas les mêmes représentations du risque et pour lesquels une démarche de prévention spécifique est nécessaire. Il formule des recommandations pour éviter la stigmatisation de ces fumeurs. Nous reproduisons ci-dessous son interview publiée dans la Santé de l'Homme.

La Santé de l'homme : Dans vos dernières enquêtes concernant le tabagisme, vous indiquez que les inégalités sociales ne facilitent pas la prévention. Est-ce dû à la nature des messages ?

Patrick Peretti-Watel : Je ne souhaite pas jouer sur les mots mais votre question me permet d'aborder un point que beaucoup d'acteurs de prévention occultent. Quand nous faisons de la prévention, nous ne sommes pas dans une salle de classe où nous donnerions de l'information à des gens qui sont soit de bons, soit

de mauvais élèves. De plus, les informations que nous donnons ne sont pas culturellement neutres; nous nous adressons à des personnes qui occupent d'autres positions sociales.

Dans les milieux populaires ou défavorisés – j'opère une distinction entre ces deux milieux –, le message préventif est plutôt assimilé à un produit qui vient de l'autorité, d'ailleurs, et qui aurait tendance à les montrer du doigt. Quand nous interrogeons sur d'autres sujets les gens en situation de précarité, par exemple, nous nous apercevons qu'ils sont très distants par rapport aux discours en général et à l'autorité en particulier. Face aux messages de santé publique, ils affichent une franche méfiance. Ils ne sont pas vraiment persuadés qu'ils peuvent avoir besoin de nous.

S. H. : Vous soulignez que, chez les personnes en grande précarité, la pauvreté induit une « myopie » peu propice à la bonne réception des messages préventifs. Qu'entendez-vous par là ?

PP.W. : Le message préventif, en particulier sur le tabac, informe qu'en fumant vous rédui-

sez votre espérance de vie future et vous risquez d'avoir une maladie très grave dans vingt, trente ou quarante ans. Pour que ce discours soit efficace, il faut qu'il s'adresse à des gens qui sont capables de se projeter dans vingt, trente ou quarante ans. Les personnes qui vivent dans une situation de précarité, au jour le jour, ceux qui ne savent pas comment ils vont boucler la fin du mois ne sont pas concernés par ce type de message. Voilà ce que veut dire le mot « myopie ».

Plus globalement, s'intéresser aux conduites à risque, et notamment devant des personnes en situation défavorisée, c'est se plonger dans l'interprétation particulière suivante : parce que ces gens sont moins diplômés, moins éduqués, ils seraient moins capables de comprendre des messages préventifs qui sont un petit peu complexes. Ils seraient moins incités à avoir des bonnes conduites parce qu'ils ont moins d'argent. Nous sommes dans une interprétation que je qualifie « de manque ». Et les messages de prévention sont construits sur cette base. Or, les travaux scientifiques



Photo © Fotolia

démontrent depuis longtemps qu'en termes de message nous ne mettons pas suffisamment l'accent sur les spécificités culturelles positives.

Par exemple, l'une des caractéristiques de la culture populaire représente un hédonisme inscrit dans le présent. Il vaut mieux en profiter tout de suite. Donc, en matière de prévention, et c'est le sens de nos travaux, nous devons prendre en compte les spécificités culturelles positives par rapport aux fumeurs pauvres, aux fumeurs de milieu défavorisé, aux fumeurs de milieu populaire. Tous ces termes-là ne sont pas, forcément, équivalents. Un milieu populaire, selon moi, n'est pas un milieu défavorisé. Dans l'idée de populaire, il y a l'idée de gens qui ont une spécificité culturelle.

S. H.: En quoi un « fumeur pauvre » serait-il plus vulnérable ?

P.P.W.: Tout simplement parce que les personnes qui sont dans une situation très précaire sont moins incitées à avoir des bons comportements de santé. Car elles ont un horizon temporel plus court. Et puis elles sont peut-être plus vulnérables car elles ont des motivations un peu différentes de la population générale dans leurs conduites. Nous nous sommes aperçus, dans nos enquêtes et observations, que les gens des milieux populaires utilisent la cigarette comme moyen de lutte contre le stress et l'anxiété. Nous connaissons la notion de stress

socio-économique, c'est-à-dire l'idée que de mauvaises conditions de travail, de logement, d'environnement provoquent du stress. Oui, la précarité est anxiogène. La cigarette peut, donc, être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance.

S. H.: Que vous disent, dans vos entretiens, ces fumeurs pour illustrer leur parcours de vie ?

P.P.W.: Quand un fumeur raconte sa première cigarette, il indique souvent qu'elle lui a été offerte par un proche à l'occasion d'un événement douloureux. En réalité, il apprend de fait à gérer ce moment avec cette cigarette. Mais j'ai dans l'esprit le cas de cette dame, d'une soixantaine d'années, qui vit avec à peine trois cents euros par mois, isolée de tous. La cigarette est vécue comme une compagnie. Quand elle raconte son parcours, la cigarette est le fil conducteur. « C'est tout ce qu'il me reste » dit-elle. Et c'est aussi ce qui lui rappelle le passé. À 10 ans, elle regardait avec envie son père fumer, elle se souvient de l'odeur de miel du tabac. C'est son père qui lui a offert sa première cigarette, à 15 ans, qu'elle n'a pas aimée d'ailleurs. Jusqu'à son premier amour, qui fumait le même tabac que son père... Vous imaginez ce message fort...

S. H.: Comment faites-vous de la prévention dans ce cas ?

P.P.W.: La question est complexe. Quand on explique aux jeunes garçons que fumer donne une mauvaise haleine et que ce n'est pas terrible pour embrasser une fille ou quand on dit aux femmes que fumer n'est pas bon pour la peau, ces deux messages de prévention pointent les effets néfastes du tabagisme. Peut-être faudrait-il trouver, pour les personnes les plus isolées ou en situation difficile, des ressorts différents de l'impact sur la santé.

Il faut être modeste et pour ma part je n'ai pas trouvé de démarche modèle de prévention à recommander. Si je reprends le cas de notre dame, elle fume car elle s'ennuie. Même chose pour les chômeurs. La meilleure prévention serait sans doute de faire en sorte qu'il y ait moins de pauvreté.

S. H.: Faisant référence aux fumeurs en situation de grande précarité et à l'échec de la prévention, vous dites aussi que « celle-ci peut contribuer à creuser les inégalités sociales de santé ». Pourquoi ?

P.P.W.: Les fumeurs les plus diplômés ont une

propension plus forte à arrêter que les fumeurs pauvres. C'est un fait. Autre constat : nous observons que les messages de prévention ne fonctionnent pas auprès des fumeurs en grande précarité. Il y a, mécaniquement, un écart qui se creuse. Regardez la hausse des prix. Nous avons pensé que celle-ci aurait automatiquement un effet bénéfique sur la consommation des fumeurs. Oui, mais pas en direction des fumeurs en grande précarité. Des recherches ont été menées, notamment aux États-Unis. Quand le prix augmente, les fumeurs qui, au départ, ne sont pas capables de réduire leur consommation, vont donc voir leur budget tabac en hausse. Des études qualitatives menées en Angleterre indiquent que des fumeurs très précaires ou issus de milieu populaire préfèrent renoncer à d'autres achats de consommation courante que ceux de tabac. Comme si la cigarette n'était pas un poste budgétaire.

S. H.: Face aux addictions en général, y a-t-il des différences sur la manière dont les représentations sociales influent sur la prise de risque ?

P.P.W.: La difficulté pour moi est dans le terme addiction. Il recouvre beaucoup d'éléments disparates. Et là, les sociologues ont un regard assez critique. De plus en plus, la tendance est à la médicalisation des conduites déviantes. Quand des personnes ont des conduites considérées comme non appropriées ou mauvaises, ils sont traités comme porteurs d'une pathologie et, en général, cette pathologie est renvoyée à un problème de compulsion ou de dépendance.

Les fumeurs fument car ils sont dépendants au tabac. D'autres à l'alcool, aux jeux, etc. On assiste aujourd'hui à une explosion des addictions. Je ne suis pas d'accord avec l'idée qui consiste à dire que tous ces comportements sont l'expression d'un même problème qui va être traité de la même façon. Ce n'est pas rendre service à la diversité des pratiques et des motivations.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste

Article publié précédemment dans 'La Santé de l'homme' n° 403, septembre-octobre 2009, et reproduit avec son aimable autorisation.

Site : www.inpes.sante.fr

Palou, le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil

La campagne « Apprivoisons le soleil » s'appuie sur un projet éducatif mené dans plusieurs écoles du Hainaut concernant la prévention du mélanome malin. Ce projet est mené par l'Association pour la lutte contre le mélanome malin (asbl), en partenariat avec le Réseau hospitalier de médecine sociale, le Centre local de promotion de la santé du Hainaut Occidental, l'Observatoire de la santé du Hainaut et des services de promotion de la santé à l'école (PSE).

Pour diffuser plus largement les messages de prévention, le ministère de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé a chargé, en 2007, le Service communautaire de promotion de la santé Question Santé, de réaliser une campagne de communication pour l'ensemble de la Communauté française.

S'appuyant sur l'approche pédagogique faite dans le Hainaut, Question Santé s'est tourné vers le conte...

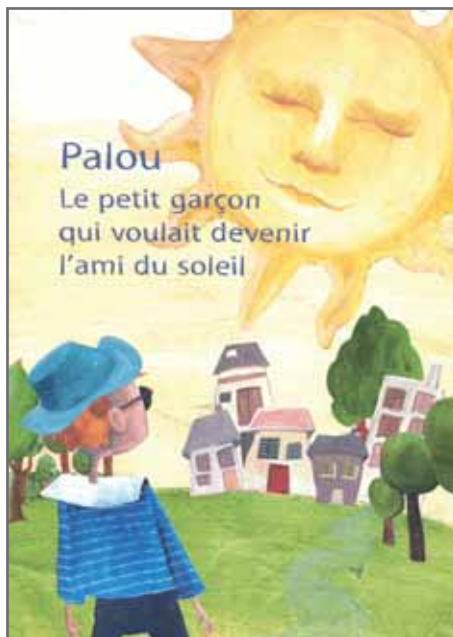
Il était une fois

Il était une fois, il suffit de lancer ces quelques mots dans une classe ou dans une chambre à coucher pour que le silence se fasse, et que des expressions de contentement se lisent sur les visages. L'auditoire sait qu'il va voyager dans un monde certes imaginaire mais d'où émergent des thèmes et des valeurs universels et intemporels comme le courage, le danger, la récompense, l'amitié, la bravoure. S'ils prennent des formes bien différentes selon notre culture, notre âge, notre vie, ils sont pourtant toujours présents.

Pourquoi un conte ?

Le conte est un outil de partage, transversal, compréhensible de tous.

Les enseignants l'ont bien compris et l'utilisent fréquemment. Parfois pour le patrimoine culturel et historique qu'il véhicule, parfois pour accrocher les élèves car ils ne dédaignent pas une histoire simple où les personnages sont jeunes ou vieux, enfants



ou parents, amis ou ennemis et où les situations sont claires : *une princesse orgueilleuse qui traite mal son soupirant, un paysan pauvre qui va chercher conseil auprès du roi...* Cette simplicité offre des repères faciles aux enfants pour reproduire des pensées ou des sentiments difficiles à exprimer dans la vie.

En promotion de la santé

C'est sans doute pour ces raisons que nous nous sommes tournés vers le conte pour expliquer aux enfants qu'il fallait prendre quelques précautions quand le soleil luisait. Il s'agissait de présenter les quatre recommandations de base (mettre des lunettes de soleil, porter un couvre-chef, un vêtement à manches longues, et ne pas s'exposer entre 12 h et 16 h) de manière non injonctive de façon à ce qu'elles soient comprises et acceptées.

Un conte se raconte, se transmet oralement, c'est un moment privilégié, entre un parent et son enfant, entre un enseignant et ses élèves, entre un animateur et son groupe d'apprenants. Ces actions de proximité ont plus d'impact et de durabilité auprès du public visé.

À exploiter en classe ?

Vinciane Trigalet, une enseignante de 4^e primaire à l'école communale d'Houdeng² exploite l'histoire de Palou en classe depuis trois ans. Elle suit les élèves pendant deux ans (3^e et 4^e) et enseigne le français et l'histoire tandis que sa collègue professe les maths et les sciences. Vinciane a ainsi instauré depuis la troisième année un système de lecture obligatoire par fiches. Elle s'est peu à peu constitué une bibliothèque personnelle de livres en autant d'exemplaires que d'élèves. Dans ces lectures imposées figurent déjà des contes. « *J'en fais lire beaucoup, c'est un bon entraînement, ça leur plaît et ça fait partie des classiques* ». Chaque livre fait l'objet d'une fiche qui mêle des questions ouvertes, des « vrais/faux », des mots à retrouver etc. Les élèves de 3^e année ont un livre à lire et une fiche à compléter par semaine. En 4^e, le livre est à lire en 10 jours mais livres et fiches sont plus longs et « difficiles ».

Bettina Cerisier : *Selon votre expérience, pour quelles années le conte convient-il le mieux ?*

Vinciane Trigalet : Chaque année, en mai, je ressors Palou. Il plaît beaucoup: les images sont belles, le vocabulaire est riche et le niveau de difficulté du texte correspond bien à un degré moyen (3^e et 4^e années primaire). En 3^e année, on verra essentiellement le conte; en 4^e année, on exploitera en plus la deuxième partie plus « scientifique ». Celle-ci intéresse beaucoup les enfants, qui ont plein d'anecdotes à raconter sur le soleil. Pour le 3^e degré (5^e et 6^e), je pense que c'est trop « bébé », et pour le premier degré, ce serait bien que le récit soit écrit avec deux niveaux de lecture. L'écriture la plus simple serait destinée aux enfants qui commencent à lire seuls. Un petit truc pour faciliter la lecture, quand un dialogue commence, c'est de mettre la tête du personnage avant la ligne, ainsi les enfants savent qui parle.

B.C.: *Comment exploitez-vous ce matériel éducatif ?*

V.T.: J'exploite Palou un peu comme l'histoire

1 Voir C. DE BOCK, 'Le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil', Éducation Santé n° 225, juillet-août 2007, p. 6 et 7 (www.educationsante.be/es/article.php?id=926); B. TAEYMANS, 'Apprivoisons le soleil – le deuxième épisode de Palou', Éducation Santé n° 234, mai 2008, p. 7 à 13 (www.educationsante.be/es/article.php?id=1014).

2 École communale, rue de l'Abattoir, 7110 Houdeng.

de **Christian Merveille** « Qui es-tu Léon ? » Cette histoire est conçue et réalisée dans le cadre de l'évaluation externe des acquis des élèves de 3^e année primaire en Communauté française. Moi, je « vois » « Qui es-tu Léon » comme une évaluation : les enfants lisent l'histoire et répondent ensuite aux questions seuls car le vocabulaire et l'histoire sont simples.

Pour Palou, je consacre deux fois trois séances à l'exploitation entière du livret. Les deux premiers cours, je lis le conte et j'entrecoupe ma lecture de questions orales qui se trouvent dans la fiche, mais aussi je réponds à toutes les questions, anecdotes des enfants au sujet du soleil. Ensuite lors du troisième cours, les élèves répondent par écrit au questionnaire portant sur le conte. La deuxième partie consacrée aux vrais / faux se déroule de la même manière en trois séances avec beaucoup de recherche de vocabulaire dans le dictionnaire.

Pour le conte, les élèves doivent repérer l'auteur, l'illustrateur et le site. Il y a des questions de vocabulaire et de recherche dans le texte suivies de questions ouvertes portant sur le sens de l'histoire. Les différentes recommandations sont repérées dans le texte et les élèves doivent retrouver qui parle. L'élève doit aussi entourer de couleurs les adjectifs qui qualifient Palou et le soleil : vieux, fier, charmant, malade, résolu, dangereux, fidèle, brûlant, obéissant, espiègle. Des images de Palou sont à compléter pour qu'il soit prêt à rencontrer le soleil.

Pour la deuxième partie, il faudra distinguer

Un éclairage pédagogique

Cette approche permet aux élèves d'apprendre à faire des inférences.

L'**inférence** est une opération mentale qui consiste à tirer une conclusion d'une série de propositions reconnues pour vraies. Elle fait comprendre aux élèves qu'ils ont besoin tant du texte que de leurs connaissances sur le sujet pour répondre aux questions. Les élèves développent ainsi un comportement

stratégique en lecture pour s'adapter à chacune des sources où peut se trouver l'information. On distingue deux sources d'informations : « le texte et la tête de l'enfant » qui, elles-mêmes, se divisent en deux autres sous-catégories (« dans une phrase ou plusieurs phrases » et « dans ma tête et le texte ou dans ma tête seulement »).

les « vrais » du « vrai ou faux » en barrant et corrigeant la faute dans chacune des phrases. Ensuite, des petites questions qui demandent de petites réponses comme : comment s'appelle le cancer de la peau ? Qu'est ce que les UV ?

La question n°3 reprend une horloge sans aiguilles où il faut colorier la période où il n'est pas conseillé de s'exposer au soleil.

Les « pourquoi » font l'objet de la question n°4 : « pourquoi le soleil est-il utile pour les os ? », « Pourquoi l'eau ne protège-t-elle pas du soleil ? » La dernière question demande de résumer en quelques phrases ce que l'on doit faire quand il y a du soleil.

B.C.: Utilisez-vous les autres supports de la campagne (signets, affiches, site internet, enregistrement audio ?

V.T.: J'exploite le conte souvent en même temps que sont diffusés les spots en radio. C'est donc une accroche supplémentaire pour

les élèves. Certains enfants me racontent avoir été sur le site. Malheureusement, le parc informatique de l'école ne permet pas l'exploitation de www.palou.be.

B.C.: Seriez-vous intéressée par la visite d'un dermatologue en soutien à Palou ?

V.T.: Ça dépend, il faut voir son approche avec les élèves, il doit alors être pédagogue.

B.C.: Replacez-vous la lecture du conte dans le contexte de la campagne (réduction des risques de mélanome liés à l'exposition solaire) de la Communauté française ?

V.T.: Non, par contre, on a étudié l'état fédéral, les communautés et les régions et donc ils identifient très bien le logo de la Communauté française.

B.C.: Est-ce que vous seriez intéressée à recevoir d'autres types de brochures en lien avec la santé ?

V.T.: Oui bien sûr. En variant les supports, j'aborde par exemple l'alimentation au départ

Le questionnaire (extraits)

2. Réponds à ces deux questions

Pourquoi les gens du village ne rient-ils plus ?

.....
.....

Palou, que décide-t-il de faire ?

.....
.....

3. Place dans l'ordre chronologique les rencontres de Palou

- une belle jeune fille

- un vieil homme

- un pic-vert

- un chat

4. Qui donne chacun de ces conseils ?

- Tu devrais mettre un chapeau

-

- Tu devrais mettre des lunettes de soleil.

-

- Tu devrais te reposer à l'ombre

-

- Tu devrais mettre des habits

.....

5. Comment est Palou ? Entoure en rouge les adjectifs qui le décrivent le mieux.

Comment est le soleil ? Souligne en bleu les adjectifs qui le décrivent le mieux.

vieux – fier – charmant – malade – résolu – dangereux – fidèle – brûlant – obéissant – espiègle – courageux – poli – lumineux – extravagant – petit

d'un article de presse du genre « un Belge sur deux mange mal ». Nous débutons en septembre notre nouveau projet d'établissement triennal « le jeu au service de la pédagogie ». Un nouveau jeu serait donc apprécié !

B.C.: Quelle serait la meilleure façon à votre avis

d'informer les enseignants de l'existence de ces outils ?

V.T.: Si vous pouviez envoyer 25 exemplaires du conte par école accompagnés des leçons à photocopier et les placer sur le site en téléchargement je suis persuadée que les ensei-

gnants seraient enchantés (je mets bien volontiers mon questionnaire à disposition de tout un chacun).

Propos recueillis par **Bettina Cerisier**

L'éducation sexuelle en Équateur entre religion catholique et tradition indienne

« Dans notre société conservatrice et patriarcale, on parle difficilement de la sexualité. Par crainte d'éveiller ou d'inciter les jeunes à avoir des relations sexuelles, on préfère utiliser le registre de l'interdit, de la peur, de la menace... », déclare **Raul Mideros**, professeur et chercheur à l'Université andine Simon Bolivar à Quito. Pour illustrer ses propos, Raul Mideros montre un prospectus destiné aux jeunes qui affiche un slogan pour le moins édifiant : « 13 conséquences mortelles des relations sexuelles avant le mariage ». Parmi les dangers de l'acte sexuel avant le mariage auxquels les jeunes s'exposent, sont cités la perte de la virginité, l'avortement, le sentiment de culpabilité, la destruction des organes reproducteurs suite à un avortement clandestin. Si ce prospectus émane d'une institution catholique, il n'en illustre pas moins le contexte du pays en général. « En Équateur, le système éducatif est fort rigide et moralisateur. Il y a peu de culture de la démocratie, de la participation. L'éducation à la liberté, à l'autonomie est encore embryonnaire », explique-t-il.

En Équateur, le nombre de grossesses non désirées des adolescentes et jeunes femmes est élevé. Avec pour conséquences de nombreux avortements clandestins, souvent à risque. Côté chiffres, on peut tirer la sonnette d'alarme : 17 % des adolescentes de moins de 15 ans ont déjà subi un avortement. Et, l'avortement est la seconde cause de mortalité chez les adolescentes de moins de 20 ans. Pour les jeunes filles qui mènent leur grossesse à terme, les risques d'hémorragies, d'anémie, de malnutrition sont importants. « Ne pas parler de sexualité à l'adolescence,



Photo © Laurence Biron

c'est comme tenter de cacher le sol avec un doigt !», s'indigne Raul Mideros. Certes, l'État équatorien a pris une série de mesures. En 1994, la loi sur la maternité gratuite est instaurée. Elle garantit le droit au suivi médical gratuit pendant la grossesse, l'accouchement et le post-accouchement, ainsi que l'accès aux programmes de santé reproductive. De la même façon, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans bénéficient d'un suivi médical gratuit.

En 1998, la loi sur l'éducation à la sexualité est votée. Il s'agit d'un axe transversal qui touche l'ensemble des programmes des écoles

publiques et privées. « Comme c'est souvent le cas dans notre pays, cette loi n'est pas assortie de mesures réelles », regrette Raul Mideros. D'où le travail important mené par les ONG et les associations de jeunes pour combler ce vide. Parmi elles, l'ONG Plan a mis sur pied de nombreux ateliers sur le thème de la sexualité, pour briser les tabous et faire valoir les droits des jeunes. Plan a concentré son action dans différentes zones du pays, marquées par la précarité et la discrimination envers les populations d'origine indigène.

Quand culture et prévention font bon ménage

Au sein de l'école de la communauté de Maca, nichée à 2800 mètres d'altitude sur la Cordillère des Andes, près de Latacunga, plusieurs groupes de jeunes suivent régulièrement les ateliers de Plan. « Pour s'adapter à l'évolution de chacun, les groupes se retrouvent par tranche d'âge. Mais ils sont mixtes pour permettre aux participants d'apprendre à connaître l'autre et pour s'épanouir pleinement et ensemble », précise **Angélica Palacios**, Responsable des programmes droits sexuels et reproductifs de Plan.

Dans la méthodologie de Plan appelée « Pas à pas », l'interactivité dans le déroulement des séances est prônée. Ainsi par exemple, à la question ouverte : « qu'est-ce que l'amour ? » posée par l'animateur, le mariage est la première réponse. Cette institution est une norme bien présente dans les communautés traditionnelles andines.

À la question « Qu'est-ce que la coquetterie ? », une jeune fille se lève et répond : « On est coquette avant d'être enceinte, après on ne l'est plus ». Ce commentaire reflète une croyance fortement ancrée. Selon certaines filles, il y a les femmes « bien » que les hommes choisissent pour être mères et les « mauvaises » femmes avec qui ils ont du plaisir.

Dans la mentalité andine, le couple femme-mère est indissociable. Comme la Pachamama, la terre mère à laquelle les peuples indigènes vouent une véritable adoration, la femme doit être féconde. Et l'infertilité est vécue comme une anomalie, voire comme une véritable malédiction. Ces croyances ont fait naître un mythe encore fort présent, celui de la pilule qui rendrait stérile.

Pour certains peuples d'Amazonie, le nombre d'enfants est une preuve de virilité. « Quand on parle de planification familiale au sein des communautés, il faut faire attention. Certains pensent qu'il s'agit d'une tentative pour éradiquer leur peuple », relève Angélica Palacios. « L'Équateur est un pays pluriethnique. Nous devons adapter à chaque fois notre méthodologie au public. Il y a autant de manières de vivre la sexualité que de cultures ».

La conception de l'adolescence est différente dans certaines populations indigènes. Par

exemple, à Otavalo, au sein du peuple Kichwa, l'adolescence est vécue comme une continuité entre l'enfance et l'âge adulte. Il n'existe pas une étape spécifique appelée adolescence.

Dans les communautés indigènes d'Équateur, le corps relève du domaine de l'intime et du sacré. La femme ne le dévoile pas, même lorsqu'elle met un enfant au monde. Pour aborder plus facilement le corps et son langage, Plan mise sur les danses folkloriques. « Les danses traditionnelles andines font partie intégrante de notre culture. Elles sont l'occasion de rencontres entre filles et garçons. Il y a pour nous beaucoup de sensualité. La danse est la manifestation verticale de ce qui se fait à l'horizontale », explique une animatrice. D'autres méthodes privilégient le dessin. « Il s'agit de dessiner les parties de son corps pour lesquelles les jeunes ressentent de la gêne, de la honte... », poursuit-elle.

Mon corps est mon territoire

Un tiers des jeunes entre 15 et 17 ans n'utilisent pas de moyens contraceptifs lors de leur premier rapport sexuel. En matière de contraception, l'ONG Plan lutte contre certains mythes et croyances entretenus sur les méthodes dites « naturelles ». Boire du vinaigre ou se laver les parties génitales avec du citron pour ne pas tomber enceinte en font partie.

« Le travail que nous faisons va bien au-delà de la connaissance des moyens contraceptifs », soutient Angélica Palacios. Dans la ligne des valeurs prônées par la charte d'Ottawa, la santé sexuelle et reproductive résulte, pour Plan Équateur, de l'aptitude à prendre des décisions sur la manière de vivre ses relations affectives et sexuelles.

« À travers nos ateliers, nous montrons aux jeunes que leur corps est le bien le plus précieux qu'ils possèdent. Et, qu'ils ont le droit, au même titre que leurs parents, à vivre une sexualité sans peur, sans honte, sans culpabilité, sans fausse croyance et à résister à tout ce qui empêche la libre expression de leurs désirs », relève Angélica. Quand on sait que dans la culture andine, la plupart des décisions se prennent à l'échelle de la communauté et non de l'individu, c'est loin d'être évident.

« Qui décide du nombre d'enfants ? », pose l'animateur devant un cercle de jeunes âgés

entre 8 et 15 ans. « L'homme », répond une fillette. « Non, c'est les deux », souffle une autre. Dans le mode de pensée andin, le principe de complémentarité implique que le couple constitue une unité inséparable. Malgré ces valeurs culturelles sur la complémentarité homme-femme, les relations sont asymétriques. Les femmes doivent soumission et respect à l'homme. La souveraineté du corps de la femme revient au mari. Ces relations inégalitaires forment d'ailleurs le terreau pour l'apparition de la violence dans les couples. 6 % des filles entre 15 et 19 ans ont subi un acte de violence sexuelle.

Pour Plan, le bien-être des jeunes passe par le fait d'apprendre à poser des limites, à s'affirmer et à dire non. Des apprentissages qui chamboulent les comportements stéréotypés. « Ton premier droit est celui de ne pas te faire du mal ». Des phrases à méditer comme celle-ci, Plan en a compilé plusieurs au sein de carnets confectionnés à l'intention des jeunes.

Dans la même veine, une émission radio animée par le **Docteur Marillès** et diffusée via le Net dans plusieurs pays d'Amérique latine assure la promotion d'une sexualité libre et épanouie. « Mon corps est mon territoire », scande le slogan de l'émission. La notion de plaisir y est même abordée. Les jeunes peuvent librement faire part au Docteur Marillès de leurs inquiétudes, de leurs doutes et de leurs histoires de cœur. Une stratégie sans nul doute plus efficace que celle de l'induction de la peur et de l'interdit...

Laurence Biron

L'auteure de cet article a eu l'occasion de faire un voyage d'études en Équateur l'an dernier, avec un intérêt particulier pour la médecine traditionnelle et le chamanisme, auxquels les populations indiennes sont toujours très fidèles de nos jours. Éducation Santé lui a suggéré d'en profiter pour aborder un sujet à caractère préventif. La question de l'éducation sexuelle et affective dans une société fortement imprégnée par les traditions indienne et catholique s'est imposée naturellement (ndlr).

Ma classe à pleines dents

Zoom sur des projets de santé dentaire en maternelle

Une mâchoire en papier mâché, une chanson sur le brossage des dents, des jeux coopératifs, un atelier brossage... Les exemples ne manquent pas pour parler des dents aux enfants. Pourtant, certains instituteurs(trices) hésitent parfois à aborder ce sujet en classe. Le DVD « Ma classe à pleines dents » devrait les y aider.

Depuis septembre 2005, les soins dentaires sont totalement remboursés chez les enfants (et actuellement jusqu'à 18 ans !). Toutefois, cette mesure est encore largement méconnue. Infor Santé, le service de promotion de la santé de la Mutualité chrétienne, souhaitait, à travers un projet de promotion de la santé dentaire, participer à la diffusion de cette information, précieuse pour toutes les familles et en particulier les familles précarisées, ainsi que promouvoir la santé dentaire auprès des petits.

En parallèle, la Fondation pour la Santé Dentaire, déjà très active dans l'enseignement primaire, avait la volonté de mettre sur pied un outil à destination des écoles maternelles. Nous avons donc décidé de travailler ensemble pour réaliser un outil destiné aux instituteurs(trices) de l'enseignement maternel.

Pourquoi travailler avec l'enseignement maternel sur le thème des dents ?

L'école maternelle est un lieu de développement, de socialisation et d'apprentissage. Parler de la santé, du corps, et donc de l'alimentation ou des dents, fait bien partie de son rôle. Et, peut-on aborder l'hygiène corporelle et/ou l'alimentation sans évoquer les dents ?

Et la santé dentaire ne constitue-t-elle pas une excellente porte d'entrée pour évoquer les autres thématiques ?

Parler de la santé dentaire dès la première année de maternelle permet aux enfants d'acquiescer de bonnes habitudes. On y revient les années suivantes, en variant les approches, et surtout en dépassant le cadre de la simple activité ponctuelle pour en faire un élément quotidien de la vie à l'école.



Partager son expérience

Dans un premier temps, nous avons rencontré des enseignants et des infirmières scolaires, afin de connaître leurs besoins, leurs ressources et leurs souhaits pour mener un projet sur la santé dentaire dans leur classe. Divers constats ont émergé de ces rencontres :

- il existe peu d'outils adaptés à l'enseignement maternel;
- les infirmières scolaires sont les premières personnes ressources des enseignants dans la mise en place d'activités sur les dents;
- la thématique est souvent traitée dans la classe ou l'école, et ce durant plusieurs semaines;
- certains instituteurs se reposent sur leur propre créativité pour proposer des activités aux enfants.

D'autres enseignants exprimaient des craintes à se lancer dans un projet de santé dentaire avec des petits enfants...

Nous avons dès lors décidé de mettre en avant les témoignages et les expériences d'enseignants, leurs difficultés, leur enthousiasme, le but étant de stimuler d'autres classes, d'autres écoles à se mettre en projet.

Un DVD

Les projets mis en lumière dans cet outil n'ont pas été choisis pour leur caractère innovant ou particulièrement remarquable, mais bien pour

montrer que dans le quotidien d'une école maternelle, avec parfois peu de moyens, il est possible d'intégrer la thématique de la santé dentaire tout comme on le fait déjà souvent pour la thématique de l'alimentation.

En partenariat avec quelques services de Promotion de la Santé à l'École intéressés par la démarche, nous avons filmé des projets de classes, à Bruxelles (Ixelles), en Hainaut Picardie (Bon Secours et Péruwelz) et en Hainaut oriental (Jumet).

Le résultat : un DVD accompagné d'un carnet proposant un éclairage sur l'importance d'aborder la santé dentaire à l'école, des points d'attention sur le processus à mettre en place et des repères pour faire appel à la créativité des enseignants, ainsi qu'à celle des enfants.

Et demain ?

Notre volonté est de prolonger la dynamique et le partage des expériences.

Vous êtes enseignant de maternelle ? Si vous avez mené un projet de promotion de la santé dentaire dans votre école, et si vous souhaitez le mettre en évidence, nous vous proposons de compléter une fiche de description de votre projet. Avec votre accord, nous la mettrons en ligne aux côtés des différents projets rencontrés tout au long de cette année.

La fiche d'encodage est disponible sur le site http://www.mc.be/fr/100/avantages_et_services/conseils_et_services_aide/

[service_de_promotion_de_la_sante/dents/](http://www.mc.be/fr/100/avantages_et_services/conseils_et_services_aide/service_de_promotion_de_la_sante/dents/)

Vous trouverez également dans ces pages la description du DVD, le livret au format pdf, ou encore des paroles de chansons, un conte...
Vous êtes instituteur(trice) ou directeur(trice) d'une école maternelle; vous travaillez dans un service de Promotion de la Santé à l'École ou un centre PMS ? Commandez gratuitement le DVD « Ma classe à pleines dents » à infor.sante@mc.be.

Maryse Van Audenhaege, chargée de projets Infor Santé

Vive l'OMC!

Rassurez-vous, *Éducation Santé* n'a pas viré de bord, rien à voir avec l'Organisation mondiale du commerce.

OMC est l'abréviation anglaise pour 'méthode ouverte de coordination', un outil de concertation développé par l'Union européenne suite à la signature du Traité de Lisbonne en 2000.

L'application de cette méthode est à l'origine d'une conférence organisée le 27 avril dernier par la Fondation Roi Baudouin et l'association 'Pour la solidarité' sur un thème particulier (et particulièrement important) de l'inclusion sociale, 'Pauvreté et vieillissement'.

Plusieurs centaines de personnes, du Nord comme du Sud du pays, ont participé activement à cette journée. Un signe encourageant par les temps perturbés que connaît notre pays, prouvant que le travail de 'liant' entre les communautés poursuivi avec acharnement par la Fondation depuis plusieurs années garde tout son sens!

Un peu de méthode

La méthode ouverte de coordination fournit un cadre de coopération entre les États membres en vue de faire converger les politiques nationales pour réaliser certains objectifs communs. Dans cette méthode intergouvernementale, les États membres sont évalués par d'autres États membres (« peer pressure ») et le rôle de la Commission est limité à de la surveillance.

La méthode ouverte de coordination prend place dans des domaines qui relèvent de la compétence des États membres tels que l'emploi, la protection sociale, l'inclusion sociale, l'éducation, la jeunesse et la formation. Elle se base principalement sur :

- l'identification et la définition en commun d'objectifs à remplir (adoptés par le Conseil);
- des instruments de mesure définis en commun (statistiques, indicateurs, lignes directrices);
- le « benchmarking », c'est-à-dire la comparaison des performances des États membres et l'échange des meilleures pratiques.

Selon les différents domaines, la méthode ouverte de coordination implique des mesures

dites de « soft law » qui sont plus ou moins contraignantes pour les États membres, mais qui ne prennent jamais la forme de directives, de règlements ou de décisions. Elle impose aussi aux États membres d'élaborer des plans d'action nationaux bisannuels.

Dans sa présentation du concept, **Koen Vleminckx** (SPF Sécurité sociale) a souligné l'intérêt de la méthode en termes de concrétisation de procédures de concertation, de levier pour des échanges de bonnes pratiques, d'instrument de pression sur les politiques. Il a aussi reconnu la faiblesse de l'impact de la méthode sur la réduction effective de l'exclusion sociale au sein de l'Union.

Les chiffres de la pauvreté

Michel Englert, Conseiller au Bureau du Plan, a commencé par dire que 'la pauvreté est un sujet riche', avant de le prouver en alignant quelques chiffres clés sur la question, en Belgique et dans les autres États membres. Une présentation qui nous rappelait les multiples dimensions de la pauvreté, ainsi que son caractère relatif, tant dans le temps que dans l'espace.

On ne s'étonnera pas bien sûr du fait que les personnes âgées de plus de 65 ans sont plus « à risque de pauvreté » que les autres.

On retiendra aussi que ce ne sont pas les pays ayant le produit intérieur brut (PIB) le plus confortable qui offrent la meilleure protection contre le risque de pauvreté, loin de là. Ainsi par exemple, en 2007, la République tchèque est la mieux placée en termes de protection contre la pauvreté, alors que son PIB la place en 18^e place. Et le Royaume-Uni, dans le peloton de tête du PIB (6^e), est en queue de peloton pour le taux de risque de pauvreté des 65 ans et + (23^e place).

Ateliers

Lorsque la Fondation Roi Baudouin organise une journée de ce genre, elle a l'habitude de mettre les participants activement à contribution, de façon à faire émerger quelques recommandations à l'intention des autorités politiques. Ce fut encore le cas cette fois-ci,

puisque pas moins de huit ateliers ont occupé la majeure partie du temps.

La 'méthode' fonctionne à tous les coups, comme nous avons pu le constater au cours de l'atelier 'soins et santé'. Les participants ont été stimulés par un exposé statistique très précis d'**Olivier Gillis** (Service Recherche & Développement des Mutualités chrétiennes) sur les problèmes spécifiques auxquels les personnes âgées, souvent malades chroniques, cumulant toutes sortes de handicaps, sont confrontées.

Un exposé rendu remarquablement concret par le témoignage de Solange (lu par une tierce personne, une 'discretion' que nous avons appréciée), et par le récit fait par **Geneviève Aubouy** (Aide et Soins à Domicile Bruxelles) des difficultés vécues au quotidien par les personnes âgées en situation de pauvreté que les professionnels de l'aide à domicile ne manquent pas d'observer. Des anecdotes qui font parfois froid dans le dos.

Les participants à cet atelier se sont ensuite penchés sur les défis majeurs à relever : accessibilité financière des soins, mais également de l'information, des transports non urgents, homogénéisation de la législation... La route vers une prise en charge de qualité et vers plus d'équité en matière de santé pour les seniors semble encore longue...

Les participants ont aussi planché, par petits groupes, sur des pistes concrètes d'actions en la matière. Conformément à l'objectif de l'atelier, une d'entre elles a été retenue par le groupe pour être présentée en plénière aux ministres présents pour l'occasion. On a retenu la volonté de soutenir, voire de renforcer, le secteur de l'aide à domicile et les acteurs de première ligne, d'étendre la facturation au forfait au plus grand nombre de maisons médicales, ainsi que l'importance de la formation du personnel soignant pour une approche moins mercantile des soins.

Une journée riche en réflexion pour laquelle nous attendons avec intérêt les recommandations issues de tous les groupes de travail.

Christian De Bock et **Carole Feulien**, rapporteure de l'atelier 'soins et santé'

Cette conférence, qui s'est tenue dans les locaux remarquablement confortables de l'European Management Centre à Bruxelles,

était organisée dans le cadre du projet 'Raising awareness campaign on social inclusion and social protection in Belgium,

Romania and Bulgaria', financé par la Commission européenne, 'Emploi, Affaires sociales et Egalité des Chances'.

Bref coup de projecteur sur le PNNS français

Pour sa première assemblée générale sous la présidence du **Prof. Jean Nève**¹, le Conseil supérieur de la santé a invité le **Prof. Serge Hercberg**, président du Comité de pilotage du Programme National Nutrition Santé en France, à présenter les réalisations et les enjeux futurs de cette très ambitieuse initiative.

Le choix du conférencier n'était pas dû au hasard, vu que Jean Nève est un des acteurs du PNNS belge, dont les responsables suivent par ailleurs de près les avancées et les freins rencontrés chez nos voisins français. D'autre part, la thématique 'nutrition, alimentation et santé, y compris sécurité alimentaire' est un des principaux centres d'intérêt du Conseil², qui vient d'ailleurs de terminer un gros travail de mise à jour des recommandations nutritionnelles pour la Belgique.

Il était d'autant plus intéressant d'entendre l'orateur, que la Belgique planche pour le moment sur l'évaluation de son premier plan et la définition de nouveaux objectifs pour le second.

La France s'est dotée, dès 2001, d'une véritable politique nutritionnelle de santé publique, en mettant en place, sous l'égide du Ministère de la Santé, le « Programme National Nutrition Santé (PNNS) ». Planifié sur une durée de 5 ans (PNNS1 2001-2005) et prolongé en 2006 pour 5 nouvelles années (PNNS2 2006-2010), il constitue un des plans de santé publique les plus ambitieux dans le domaine de la nutrition, jamais développés en Europe.

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et l'activité physique, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux fac-

teurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Multisectoriel, il associe tous les acteurs concernés : l'ensemble des ministères (santé, agriculture, consommation, éducation nationale, jeunesse et sport, intérieur, recherche), les agences sanitaires, la Haute autorité de santé, la Caisse nationale d'assurance maladie, la Mutualité, l'Association nationale des industries alimentaires (équivalent de 'notre' FEVIA, mais avec un pouvoir d'influence plus considérable sur le monde politique), les associations de consommateurs, les associations des Maires de France et des Départements de France et divers experts scientifiques.

Sur un plan opérationnel, pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, le PNNS développe un ensemble d'actions, de mesures, voire de réglementations. Ses différents axes stratégiques sont orientés vers la communication, l'information, l'éducation, l'environnement nutritionnel et l'offre alimentaire. Il intègre la formation, la recherche, la surveillance et l'évaluation.

Le PNNS s'articule entre le niveau national et le niveau loco-régional. Le niveau national conçoit des outils validés et offre un cadre de référence pour le développement essentiel des actions de terrain.

Les actions mises en place sont orientées vers différentes cibles : population générale, groupes à risque, professionnels de santé, professionnels de l'éducation, travailleurs sociaux, collectivités locales et territoriales, le monde associatif et les acteurs économiques.

Il repose sur un ensemble de grands principes : le respect du plaisir, de la convivialité, et de la gastronomie; une approche positive, fortement orientée vers la promotion des facteurs de protection, ne se situant jamais dans le champ de l'interdit; le développement de messages toujours adaptés avec les modes de vie; la synergie, la complémentarité et la cohérence des messages et de l'ensemble des actions développées.

Le Prof. Hercberg nous a présenté un inventaire impressionnant de réalisations, dont la suppression des distributeurs automatiques payants dans les écoles est un bel exemple. À noter aussi une 'charte d'engagement de progrès nutritionnel' signée par une vingtaine d'entreprises depuis 2008 (c'est peu, mais il y a quelques poids lourds du secteur parmi les signataires, comme Lesieur, Unilever France ou Findus).

En faisant état du bilan provisoire actuel du PNNS 2, le conférencier se félicita du fait que 85 % des 140 actions spécifiques sont achevées ou engagées, tout en reconnaissant qu'un des objectifs fondamentaux du Programme, à savoir la réduction de 20 % du surpoids et de l'obésité chez les adultes est très loin d'être atteint.

Plus encourageant pour terminer, l'objectif de freiner la progression régulière de surpoids et obésité chez les enfants semble atteint, avec une prévalence stable autour de 18 %, comme en 2000.

Christian De Bock

L'ensemble des documents utilisés à l'occasion de cette conférence sont disponibles à l'adresse www.css-hgr.be/ag2010.

¹ Malheureusement absent pour cause de 'nuage islandais' le jour fatidique!

² En 2009, l'alimentation a représenté un quart des avis du Conseil, à égalité avec la vaccination.

La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

Tableau de bord de la santé en Communauté française

En Wallonie comme à Bruxelles, les principaux traumatismes mortels sont par ordre décroissant les suicides, les accidents de la route et les chutes. Les jeunes et les personnes âgées sont les plus touchés par les traumatismes. La mortalité consécutive à un traumatisme est plus importante chez les hommes. Parce que les traumatismes sont causés par de multiples facteurs interdépendants, les mesures de prévention doivent toucher simultanément différents domaines. D'une manière générale, les traumatismes constituent un problème dont la gravité est fréquemment sous-évaluée. Or, ils sont évitables car ils peuvent souvent être prévenus ou atténués. En effet, parmi les nombreuses stratégies mises en place pour prévenir les traumatismes, le port de la ceinture de sécurité, le port du casque, l'application de politiques contre l'alcool au volant et les excès de vitesse, les emballages spéciaux pour éviter les intoxications, le matériel de protection sur le lieu de travail... ont montré leur efficacité. Depuis 2005, la Communauté française a décidé d'inscrire cette problématique dans ses priorités de santé publique.

Les accidents en général

La mortalité

En 1997, les traumatismes étaient responsables de 2 419 décès en Région wallonne et de 658 décès en Région bruxelloise. Quel que soit l'âge, la mortalité par traumatisme est plus élevée chez les hommes, et cela dans les deux Régions. Le taux de décès par traumatisme augmente en fonction de l'âge avec des taux particulièrement élevés dans la catégorie des 65 ans et plus.

Tant en Région wallonne qu'en Région bruxelloise, les traumatismes chez les personnes âgées de 20 à 39 ans sont responsables de plus de 50 % des décès observés en 1997, constituant la première cause de mortalité, particulièrement dans la population masculine.



Photo © Fotolia

Entre 1986 et 1997, grâce aux mesures de prévention, une diminution de la mortalité par traumatisme a été observée dans les différentes régions du pays.

Les principaux traumatismes mortels

En Wallonie comme à Bruxelles, les suicides, les accidents de la route et les chutes sont responsables de plus de 2/3 des décès enregistrés en 1997.

Les accidents liés aux transports apparaissent plus souvent comme des causes de décès dans les populations les plus jeunes,

tandis que les suicides et les chutes prennent plus d'importance au fur et à mesure que l'âge avance.

Concernant les différences liées au sexe, on observe que la mortalité suite à une chute est plus élevée chez les femmes. Les hommes présentent les taux de mortalité par suicide et par accidents de la route les plus élevés.

Au niveau de l'âge, les 65 ans et plus se démarquent particulièrement pour les chutes et les accidents de la route.

La morbidité

Les données de morbidité les plus récentes proviennent de l'Enquête nationale de santé de 2004. Cette enquête porte sur les accidents dits majeurs, c'est-à-dire ayant entraîné une hospitalisation ou une consultation médicale au cours des deux mois précédents l'enquête. En 2004, 8 % de la population en Région wallonne et 7 % de la population bruxelloise âgées de 15 ans et plus déclaraient avoir été victimes d'un accident majeur. Ces accidents sont plus fréquents en Région flamande (9 %) qu'en Région wallonne et bruxelloise. Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Ainsi, en Wallonie, les accidents traumatiques affectent davantage les hommes (9 %) – plus particulièrement les jeunes – que les femmes (6 %). Les jeunes hommes wallons, âgés de 15 à 24 ans, sont le plus à risque d'enourir un accident majeur (18 %); ce risque diminue avec l'âge pour atteindre moins de 5 % à partir de 55 ans. Chez les femmes, la variation avec l'âge est moindre : la prévalence des accidents est de 9 % chez les jeunes wallonnes jusqu'à 24 ans, puis tourne autour de 5 % au-delà de cet âge (à l'exception du groupe des 35-44 ans, qui compte seulement 2 % de victimes).

En Région bruxelloise, il n'y a pas de différence significative dans la prévalence en fonction du sexe (6 % des femmes et 7 % des hommes) ou de l'âge.

La morbidité par type de traumatisme

En Wallonie, les traumatismes les plus fréquents sont dus aux accidents domestiques (35 % des cas), suivis des accidents sur le lieu du travail ou à l'école (32 %), les accidents liés à une pratique sportive (25 %) et les accidents de la route (16 %). À Bruxelles, les accidents de la route sont les plus fréquents (31 %), suivis des accidents domestiques (27 %) et des accidents sur le lieu du travail ou à l'école (28 %). En Wallonie comme à Bruxelles, les chutes sont responsables de plus de 50 % des traumatismes.

L'âge est un facteur important dans la survenue des différents types d'accident. En effet, les accidents à l'intérieur ou aux abords immédiats de la maison surviennent plus particulièrement chez les moins de 5 ans et les 65 ans et plus. Les traumatismes chez les enfants de 5 à 14 ans surviennent principalement à l'école. L'Enquête nationale de santé révèle que les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à être impliquées dans des accidents domestiques (43 % contre 24 %). Par contre, les accidents liés à la pratique d'un sport concernent davantage les hommes que les femmes (24 % contre 11 %).

Deux populations à risque : les jeunes et les personnes âgées

Les enfants et les jeunes

En ce qui concerne la mortalité, en 1997, les traumatismes représentaient 48 % des décès chez les moins de 24 ans en Wallonie et 32 % des décès en Région bruxelloise. En Wallonie, les garçons de moins de 24 ans sont plus à risque de décéder d'un traumatisme que les filles (53 % contre 31 %). Par contre, à Bruxelles, ces différences entre filles et garçons ne s'observent pas.

Au niveau de la morbidité, en 2005, parmi les 6 901 enfants fréquentant les consultations ONE, 843 enfants ont eu au moins un type d'accident domestique (chute, morsure, brûlure ou autres). Les chutes constituent le type d'accident le plus fréquent et touchent un enfant sur dix suivis à la consultation.

L'étude sur la santé et le bien-être des jeunes scolarisés révèle que 33 % des jeunes disent avoir été blessés ou soignés suite à un accident. L'école est le principal lieu d'accident

chez les jeunes scolarisés âgés de 5 à 14 ans. Chez les adolescents, les accidents se produisent surtout dans les aires de sport.

Des variations en fonction du sexe sont observées : les garçons subissent plus fréquemment un traumatisme dans le cadre d'une activité sportive, tandis que chez les filles, les accidents surviennent davantage à l'école.

Les personnes âgées

Au niveau de la mortalité, sur les 6 292 décès observés par traumatisme en 1997, 37 % concernaient les personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les femmes âgées, les chutes sont majoritairement responsables des traumatismes entraînant le décès. Les chutes et les suicides sont les principales causes de décès des hommes.

■
L'âge est un facteur important dans la survenue des différents types d'accident. En effet, les accidents à l'intérieur ou aux abords immédiats de la maison surviennent plus particulièrement chez les moins de 5 ans et les 65 ans et plus. Les traumatismes chez les enfants de 5 à 14 ans surviennent principalement à l'école.
■

En ce qui concerne la morbidité, l'Enquête nationale de santé montrait que 5 % des personnes de 65 ans et plus, en Wallonie, et 7 % à Bruxelles ont été blessées au cours des 12 derniers mois. Trois quarts des personnes ont rapporté un accident domestique et, dans plus de 80 % des cas, une chute était la cause de l'accident. Les fractures, les plaies, les contusions et les entorses sont les principales lésions observées.

L'âge de la personne influence le type de lésion : les fractures sont les plus fréquentes chez les personnes de 85 ans. Les commotions sont plus fréquentes chez les personnes de 35 à 74 ans.

L'effet de l'âge sur le risque de traumatisme et le type de traumatisme peut s'expliquer

par les effets combinés du vieillissement (diminution de la mobilité, des réflexes et de l'équilibre, baisse de la vue...) et les maladies liées à l'âge (arthrose, affections neurologiques...) qui rendent les déplacements plus difficiles et les risques de chute plus élevés.

L'Enquête nationale de santé a mis en évidence un facteur économique : les personnes qui ont un niveau d'instruction plus élevé rapportent moins souvent un traumatisme que celles ayant un niveau plus faible. Une étude réalisée à Fontaine-l'Évêque a également mis en évidence que le fait de vivre seul augmente le risque de chutes.

Le suicide

La mortalité

En 1997, 892 décès par suicide ont été enregistrés en Wallonie et 189 en Région bruxelloise.

L'âge et le sexe sont deux déterminants majeurs dans la mortalité par suicide. D'une part, les hommes se suicident plus que les femmes. Ainsi, en 1997, en Région wallonne, le taux de décès par suicide atteignait 39,8/100 000 chez les hommes contre 14,6/100 000 chez les femmes. En Région bruxelloise, le taux de décès par suicide chez les hommes s'élevait à 29,4/100 000 contre 11,22/100 000 chez les femmes.

D'autre part, quels que soient le sexe ou la région, les taux de suicide sont toujours plus élevés chez les personnes âgées (après 65 ans).

Enfin, le poids du suicide sur la mortalité totale est beaucoup plus important chez les jeunes : les suicides représentent la première cause de décès chez les 25-44 ans et la deuxième chez les 15-24 ans.

Selon le Réseau des médecins vigies, une augmentation de l'incidence des suicides était constatée, entre 1993 et 1995, ainsi qu'en 2000 et 2001, chez les hommes, alors qu'une diminution de cette incidence était enregistrée chez les femmes.

Avec un taux de suicide de 21/100 000 habitants, la Belgique présente, avec la France, la Finlande et le Danemark, un taux qui se situe, non seulement, bien au-delà de la moyenne mondiale (14,5/100 000), mais qui est aussi plus élevé que la moyenne européenne.

La morbidité

Selon l'Enquête nationale de santé, 6 % de la population âgée de 15 ans et plus rapportent avoir déjà posé un geste suicidaire, en Wallonie et à Bruxelles. 16 % des Wallons et 17 % des Bruxellois âgés de 15 ans et plus déclarent avoir sérieusement pensé au suicide au moins une fois dans leur vie.

L'âge et le sexe

Concernant le sexe, les femmes commettent davantage de tentatives de suicide que les hommes (7 % contre 4 % selon l'Enquête nationale de santé de 2004). Selon le Réseau des médecins vigies, durant la période 2000-2001, l'incidence standardisée pour l'âge des tentatives de suicide était de 89/100 000 chez les hommes contre 214/100 000 chez les femmes en Wallonie. Cette incidence est probablement sous-estimée car toutes les tentatives de suicide ne sont pas enregistrées. L'Enquête nationale de santé confirme cette situation en Wallonie et montre aussi que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir eu des idées suicidaires (17 % contre 14 %). En réalité, jusqu'à l'âge d'environ 54 ans, il n'y a pas de différence entre les deux sexes en ce qui concerne le taux de pensées suicidaires, qui oscille entre 15 et 20 %. À partir de 55 ans, ce taux diminue chez les hommes et les femmes ont deux à quatre fois plus de pensées suicidaires que les hommes.

Par contre, en Région bruxelloise, la différence entre les hommes (16 %) et les femmes (17 %) est faible pour les pensées suicidaires, après correction pour l'âge.

Toujours selon l'Enquête nationale de santé, les taux de tentatives de suicide sont deux fois plus élevés en Wallonie qu'en Région flamande. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 6 % déclarent avoir tenté de se suicider en Wallonie contre 1 % seulement en Flandre.

Les deux groupes d'âge à risque concernant les tentatives de suicide, comme les suicides, sont les jeunes et les personnes âgées. Si le suicide des jeunes est une priorité de santé publique, le suicide des personnes âgées ne peut pas non plus être négligé puisqu'il est probablement le reflet de l'isolement social, du mal-être, de la détresse... des états trop souvent sous-estimés.

Les facteurs socio-économiques

En Région wallonne, il apparaît, selon l'Enquête nationale de santé, que les tentatives de suicide récentes sont plus concentrées dans les milieux les plus défavorisés sur le plan socio-économique.

Par ailleurs, les passages à l'acte sont plus fréquents en milieu urbain (8 %) qu'en milieu rural (4 %).

Les accidents de la circulation

En 2006, le taux de personnes décédées ou gravement blessées suite à un accident de circulation s'élevait à 21 pour 100 000 en Région bruxelloise et à 67 pour 100 000 habitants en Région wallonne. Ces taux sont plus faibles qu'en Flandre (76/100 000).

Entre 1980 et 2006, le nombre d'accidents et le nombre de personnes décédées ou blessées graves a globalement diminué, en Wallonie. Dans la Région bruxelloise, le nombre d'accidents, après avoir diminué entre 1980 et 2002, connaît une légère augmentation.

La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

Tous les traumatismes sont la conséquence d'événements multifactoriels qui nécessitent une approche globale. Les facteurs de risque liés à la personne, à ses comportements et à son environnement – physique et social – doivent donc être pris en compte dans un programme de prévention des traumatismes combinant des mesures actives et passives. Les **mesures passives** (à savoir celles qui ne demandent pas une attention et un effort soutenus de la part des individus pour assurer leur protection) ont montré leur efficacité. Des stratégies de promotion des mesures passives contribuent à leur acceptation par la population concernée.

Dans le domaine de la **promotion de la sécurité**, une approche peut être appliquée dans divers milieux comme une rue, un parc, une école, un quartier, une ville et une nation. Le mouvement « *Safe Communities* » a pour but de supporter les communautés souhaitant améliorer leur niveau de sécurité. Après s'être d'abord intéressé à la promotion de la sécurité au niveau des traumatismes non intentionnels, il développe aujourd'hui des projets

englobant les problématiques de la violence et du suicide.

Dans le cadre des **recommandations aux professionnels**, le Plan communautaire opérationnel a défini des objectifs qui concernent les deux publics les plus vulnérables : les jeunes enfants et les personnes âgées. Ces objectifs sont centrés, d'une part, sur les compétences des professionnels et, d'autre part, sur celles des parents et des personnes âgées de plus de 65 ans.

Enfin, le PCO rappelle que, compte tenu des différentes compétences impliquées en matière de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, un **travail de concertation** doit avoir lieu entre les acteurs concernés, et avec les différents secteurs et niveaux de pouvoir impliqués. Il est également primordial de créer des ponts entre les actions au sein des différents milieux de vie. De nombreux secteurs sont concernés directement et indirectement dans le PCO :

- la politique des consommateurs;
- la politique de l'emploi et du travail;
- la politique de la petite enfance et de la famille;
- la politique de l'environnement;
- la politique de la promotion de la santé;
- les soins de santé et les services de première ligne;
- le secteur de la santé mentale;
- la politique du logement;
- la politique de l'enseignement;
- la politique internationale.

Colette Barbier

Christine BAZELMANS, Martine BANTUELLE, Alain LEVÉQUE, Christelle SENTERRE, Marie-Christine VAN BASTELAER, *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.*

Il peut être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : www.sante.cfwb.be (rubrique Publications et périodiques, Promotion de la santé - prévention, Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique - 2007) et www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

ImagéSanté... Clap 9^e!

D'événement réservé à un public professionnel au départ, le festival ImagéSanté, tout en restant fidèle à ses racines liégeoises, a étendu au fil des éditions le spectre de ses centres d'intérêt, avec la volonté de toucher un public de plus en plus vaste. Public d'enseignants, d'élèves du secondaire et d'étudiants du supérieur, grand public tout court aussi, la santé étant un sujet très populaire.

En outre, cette année, un gros effort a été fait en matière d'interactivité avec les jeunes, à qui de très nombreux ateliers ont été proposés, et beaucoup d'équipes du secteur francophone de promotion de la santé ont été mobilisées pour l'occasion.

Bref, Éducation Santé a trouvé intéressant de couvrir largement l'événement, et a dépêché sur place pendant toute la durée du festival deux de ses collaborateurs, Carole Feulien et Simon Trappeniers.

Leurs articles paraîtront dans deux numéros. Aujourd'hui, nous commençons par l'interview du patron du festival, le **Professeur Philippe Kohl**, un focus sur quelques moments forts de la semaine, et des propos recueillis auprès de membres de trois des huit jurys.

La fois prochaine, nous reviendrons en détail sur les ateliers éducatifs, épingleons quelques films que nos 'envoyés spéciaux' ont particulièrement appréciés, et détaillerons le palmarès avec une attention toute particulière au lauréat de la session 'éducation et promotion de la santé'.

Rencontre avec le Professeur Philippe Kohl, Président du festival

Organisé par le CHU, l'Université de Liège et le Département Santé et Qualité de Vie de la Province de Liège, ce festival bisannuel consacre pas moins de cinq jours, dans sept salles, à la projection d'environ 200 films en compétition. Il propose aussi des retransmissions d'interventions chirurgicales en direct ou en différé, un programme d'ateliers pour

les jeunes, des conférences et des tables rondes, etc.

L'objectif principal d'ImagéSanté est de promouvoir la formation et l'information en matière de santé par l'intermédiaire de tout moyen audiovisuel, en créant un véritable forum international de rencontres entre professionnels de la recherche médicale et scientifique d'une part, mais également du cinéma, de l'industrie, du monde informatique et récemment, de la promotion de la santé. Les deux mots d'ordre du Festival : création et innovation.

Création car ImagéSanté, au travers de son aspect « compétition internationale », se veut un stimulant à la création de nouveaux documents audiovisuels.

Innovation parce que le festival met également l'accent sur les tout derniers développements dans le domaine des nouveaux médias, de l'informatique et de l'imagerie médicale.

Côté cour, le festival s'adresse aux médecins généralistes et spécialistes, aux professionnels du secteur médical et paramédical, à la presse spécialisée et aux professionnels de demain, les étudiants de ces filières. Les principaux thèmes abordés ? La médecine préventive, la recherche et les traitements médicaux, les techniques chirurgicales innovantes, l'imagerie médicale en trois dimensions, etc.

Le grand public n'est pas oublié : côté jardin, ImagéSanté s'adresse en effet à toute personne intéressée par les questions liées à la santé et au bien-être, avec un focus particulier sur les jeunes et les seniors. Les principaux thèmes abordés sont l'éducation pour la santé, l'impact de l'environnement sur la santé, le travail et la santé, l'hygiène de vie, l'alimentation, la santé mentale et le bien-être de la personne handicapée.

Pour les jeunes, la volonté est de les informer, par l'intermédiaire du milieu scolaire, sur des thèmes choisis avec et pour eux grâce à un très riche programme d'ateliers thématiques privilégiant une interactivité maximale.

À noter, le festival ImagéSanté réalise également pour ce public un DVD – accompagné d'un carnet pédagogique – regroupant les meilleurs films présentés lors du festival¹.

Éducation Santé : Professeur Kohl, les lecteurs d'Éducation Santé ne vous connaissent pas encore. Pouvez-vous en quelques mots leur permettre de faire connaissance avec l'initiateur de ce 9^e Festival international du film de santé ?

Philippe Kohl : Je suis chirurgien cardio-vasculaire et chargé de cours, à temps plein maintenant, à l'Université de Liège pour les baccalauréats en médecine, pharmacie, dentisterie... Je suis aussi Directeur du laboratoire de recherche cardio-vasculaire. Côté CHU de Liège, j'ai dû diminuer la charge chirurgicale évidemment et je suis responsable de l'informatisation du centre hospitalier, c'est pourquoi les nouvelles technologies, liées à la santé, m'intéressent tant.

ES : Le Festival ImagéSanté en est déjà à sa 9^e édition. Comment est-il né et comment a-t-il évolué vers sa forme actuelle ?

PK : J'étais aux États-Unis en 1994 quand ImagéSanté a commencé. Je n'ai donc malheureusement pas participé à sa naissance. Par contre, en 1996, j'étais déjà modérateur de session et je faisais partie du comité de présélection des films. Au départ, l'événement avait lieu au Palais des Congrès de Liège. Puis, nous avons décidé de venir ici au CHU pour bénéficier d'une fibre optique qui venait d'être installée entre le bloc opératoire et les auditoriums, grâce à un subside de la Communauté française.

Cela nous a permis, dès 1998, de faire les premières retransmissions en direct et c'est moi qui en étais chargé.

En 2000, nous avons rencontré de grosses difficultés financières, nous n'avons d'ailleurs fait qu'un jour de festival. Jusque-là, il s'agissait d'un festival exclusivement réservé aux professionnels, essentiellement basé sur la vidéo et c'était purement « médical ». C'est à

¹ Le DVD et son carnet pédagogique sont disponibles sur simple demande à l'adresse dd@enjeu.be.



Photo © Simon Trappeniers

cette époque que j'ai voulu en faire un festival grand public car je pensais que cela n'avait pas de sens d'organiser un XI^{ème} congrès médical.

En 2002, nous avons pu redynamiser l'événement. Nous sommes passés à 2 jours et demi et nous avons fait appel à **Philippe Longtain** (RTBF) pour organiser de manière un peu plus professionnelle les différentes soirées officielles.

Après 2002, nous avons décidé de changer de nom, de logo... Pour ce faire, nous avons dû mener une longue réflexion avec le nouvel organisateur, l'asbl Enjeu. Nous sommes alors devenus « ImagéSanté » avec l'identité visuelle que vous connaissez aujourd'hui. Depuis 2004, nous sommes passés à une petite semaine de festival. En 2008, nous avons introduit la WebTV et nous avons choisi de faire la remise des prix sous forme d'un dîner de gala.

Et cette année, la grande nouveauté était évidemment la soirée 3D de retransmission d'une opération en direct. Nous avons aussi introduit des sessions spécifiques (médicale, santé environnementale, éducation et pro-

motion santé, biodiversité, mutualités, santé mentale et santé au travail).

ES : Il semble que vous et votre équipe mettiez toute votre énergie à faire grandir le festival de biennale en biennale. En êtes-vous récompensés ?

PK : En tout cas, je peux vous dire que ça a bien marché pour 2010. Nous avons reçu 275 films et 3500 étudiants se sont inscrits ! Nos soirées étaient archi-complètes (soirée d'inauguration avec projection d'un film en avant-première, retransmission 3D d'une opération en direct, soirée des mutualités avec projection d'un film grand public, grande conférence liégeoise, soirée de clôture et de remise des prix).

ES : Comment s'est passée la sélection des films en compétition cette année ?

PK : La Médiathèque de la Communauté française visionne tous les films avant nous. Elle retient les meilleurs et nous les mettons en compétition.

ES : Pour cette compétition, comment cela se passe-t-il côté jury ? Il y a-t-il une grille d'évaluation des films ?

PK : Oui tout à fait. Elle porte sur la qualité cinématographique du film, sur le message

qu'il fait passer... Nous avons briefé le jury sur comment la remplir. Ceci dit, il est assez autonome. Certains remplissent leurs grilles mais la plupart du temps, ils travaillent au feeling.

ES : Le festival touche maintenant à la promotion de la santé puisqu'un jury y est consacré. Des ateliers pédagogiques sont aussi organisés. Est-ce récent ? Pourquoi cet intérêt ?

PK : C'est depuis 2002 que l'axe promotion de la santé est assez développé. Nous avons tout de suite vu que le public avait un intérêt pour ce secteur. C'est d'ailleurs dans cette catégorie que nous avons le plus de films, et à mon avis, nous pourrions encore en avoir le double. La salle était souvent complète. Concernant les ateliers, je crois que ce qui fait la richesse du festival, c'est justement le côté éducatif.

Nous avons commencé à accueillir les écoles en 2002, des profs de bio aux profs de morale. Cette année, nous avons fait appel à des animateurs venant du CLPS de Liège, de la Faculté de Psychologie de l'ULg, de la Plate-forme Prévention Sida... Ce sont des personnes qui ont l'habitude d'animer des ateliers. Le grand principe au niveau des écoles, c'est qu'elles choisissent leur menu : elles peuvent passer des films aux ateliers, aux conférences... Tout est gratuit pour les étudiants et les enseignants et cela marche !

ES : Justement, au niveau des écoles, quel est votre public cible ? Les services PSE ont-ils été contactés par exemple ?

PK : Pour l'instant, nous avons beaucoup d'écoles secondaires, quelques écoles supérieures et universités. Nous les avons contactées nous-mêmes. Nous n'avons pas encore envisagé d'axe primaire ni contacté les PSE. Pour 2012, il faut que nous nous organisions au niveau logistique mais pourquoi pas.

ES : Que propose ImagéSanté en dehors du festival ?

PK : Plusieurs choses se déroulent l'année où il n'y a pas de festival. Par exemple, un DVD des films primés est réalisé. Il est diffusé au niveau des mutualités et des écoles qui en font la demande.

Dans ce cadre, nous organisons une soirée « best of » dans un cinéma de Liège, grâce à notre partenariat avec Les Grignoux². C'est

2 Cinémas Le Parc, Sauvenière et Churchill, Liège.

aussi l'occasion d'annoncer l'édition suivante. Nous proposons aussi un cycle ImagéSanté, c'est-à-dire des longs métrages sur une thématique liée à la santé³, suivis d'un débat. Ça a commencé fin octobre avec « Le dernier pour la route » de **Philippe Godeau** (dépendance à l'alcool), puis c'était « Oscar et la dame rose » d'**Éric-Emmanuel Schmitt** (l'enfant et la maladie), « Shutter Island » de **Martin Scorsese** (réintégration dans la société après un séjour en milieu psychiatrique), et « Danse avec lui » de **Valérie Guignabodet** (hypnothérapie). Pour chaque projection, nous essayons d'inviter des intervenants. Pour « Oscar et la dame rose » par exemple, nous avons invité des clowns relationnels et deux pédiatres. Nous avons donc 5-6 soirées en dehors du festival.

ES : On a vu que pas mal d'acteurs de la santé ne pouvaient pas être présents ou seulement un jour, par manque de temps et parce que les déplacements sont longs. Pourquoi Liège ? Envisagez-vous de déplacer le festival dans une autre ville, plus centrale ?

PK : Historiquement, ça s'est toujours déroulé à Liège. Nous aimerions que ça reste à Liège. Je pense que nous pouvons faire de bonnes choses ici. Nous pouvons continuer à développer considérablement nos activités pour l'instant. Peut-être que nous changerons de lieu si la renommée du festival le justifie un jour.

ES : Et les membres du jury viennent de Liège aussi ?

PK : Le jury est international : des gens viennent d'Italie, d'Argentine, d'Angleterre, de Hollande, de France... Ce sont des personnes qui, soit ont elles-mêmes organisé des festivals, soit ont réalisé des films ou ont été directeurs de centres audio-visuels, ou alors ce sont des personnes ayant reçu des prix dans les éditions précédentes. Souvent, je leur demande de revenir. Je demande aussi à des personnes du CHU de participer à l'une ou l'autre journée.

ES : Il y a-t-il une volonté d'ouvrir davantage le festival à l'ensemble de la Communauté française ? Cela reste fort liégeois pour l'instant...

PK : Oui tout à fait. L'idée est vraiment de positionner Liège avec son Festival du Film de Santé comme Namur avec son Festival International du Film Francophone, Mons avec son Festival du Film d'Amour...

Nous avons depuis quelques éditions un soutien du Ministère de la Santé, et cette année, nous avons été soutenus aussi par la Ministre de l'Audiovisuel. Nous avons un budget de plus de 400 000 euros, ce n'est pas rien. Autant en faire profiter le maximum de gens. Même si c'est à Liège, cela doit pouvoir attirer des personnes venant de plus loin. Je pense que cela intéresse au-delà de Liège.

ES : Pour 2012, que vous préparez-vous ?

PK : J'aimerais développer davantage de relations avec les entreprises pour tout ce qui touche à la prévention des accidents, la santé au travail... et j'aimerais aussi, mais c'est plus ambitieux, faire un festival de longs métrages !

Propos recueillis par **Carole Feulien** et **Simon Trappeniers**

³ Programme sur www.imagesante.org ou en vous inscrivant à la newsletter du festival sur le même site.

Des moments forts du Festival

Quelques instantanés de la semaine à partager...

Lundi 15 mars, 19h45

La foule afflue au Cinéma le Parc à Droixhe. Ce soir, c'est l'inauguration du Festival ImagéSanté. Mais surtout, c'est la possibilité pour le grand public de visionner en avant-première le film « Fleur du Désert » de Sherry Hormann (2009).

C'est face à une salle comble que se succèdent pendant une cinquantaine de minutes, les discours du Président du festival, le Professeur **Kohl**, des Ministres **Marcourt**, **Simonet** et **Henry**, du Recteur de l'ULg, du Directeur des Mutualités chrétiennes de Liège et du Directeur de l'asbl Enjeu, organisatrice du festival. Ceux-ci sont entrecoupés d'une sélection d'extraits de films à découvrir

à l'occasion de cette 9ème édition, un avant-goût de ce qui attend le public lors de la semaine à venir et cela promet ! **Philippe Longtain**, animateur à la RTBF, est le maître de cérémonie.

Vers 20h50, rideau, le film « Fleur du désert » lance officiellement l'édition 2010 du Festival. Ce long métrage, inspiré d'une histoire vraie, retrace le parcours de **Waris Dirie**, née dans une tribu nomade du désert somalien. À l'âge de 13 ans, elle s'enfuit pour échapper à un mariage forcé avec un inconnu de 65 ans. Parlant à peine l'anglais, Waris se retrouve livrée à elle-même, à Londres, jusqu'à ce qu'elle soit repérée par un photographe qui fera d'elle une véritable icône de la mode. Au sommet de sa carrière, Waris décide de révéler au public son secret le plus intime : l'excision qu'elle a subie à l'âge de 3 ans. Elle veut

que le monde prenne conscience de cette ancestrale et barbare tradition, encore bien présente aujourd'hui. Elle deviendra ainsi Ambassadrice de l'ONU dans la lutte contre les violences faites aux femmes.

Si le scénario prend parfois des airs de comédie romantique, on a vite conscience que la réalisatrice veut aller plus loin que cela : elle propose de terribles scènes telles que l'excision de la petite Waris ou son interminable fuite dans le désert. Elle dénonce ainsi, au travers du récit de la vie de cette jeune somalienne, la cruelle réalité de nombreuses femmes dans le monde.

Plusieurs fois pendant la projection, j'entends ma voisine s'indigner et l'aperçois essuyer quelques larmes qu'elle ne peut retenir face aux réalités dénoncées. Un film plein d'émotions...



Le public prêt à assister à une opération chirurgicale filmée en 3D, un avatar des avancées récentes en technologies de l'image.

Photo © Simon Trappeniers

Des discours un peu creux, bien qu'amusants pour certains, mais un film de lancement qui annonce bien des choses pour la suite...

Mardi 16 mars, 10h30

Voilà une heure que le Festival a commencé et le bâtiment principal de la Faculté de médecine de l'ULg connaît déjà une effervescence inhabituelle.

Dans un joyeux brouhaha, les étudiants universitaires croisent les élèves d'écoles supérieures, les animateurs d'ateliers affluent vers le comptoir d'accueil pour être aiguillés vers la bonne salle dans le dédale des couloirs, plusieurs groupes compacts s'engouffrent dans les amphithéâtres devenus temporairement salles de projection. Le bruit est impressionnant, le mouvement enivrant. Et c'est là qu'on remarque deux ou trois personnes comme tétanisées, le nez en l'air, le regard fixé sur l'un des écrans qui diffusent, tout au long de la journée, des opérations de chirurgie « en temps réel ».

L'occasion est trop rare pour ne pas se poser un instant, pénétrer – via l'œil de la caméra –

dans un bloc opératoire et profiter des commentaires du chirurgien en train de pratiquer son intervention. Retour à l'agitation ambiante : il est temps de se rendre à l'un des 90 ateliers proposés aux jeunes des écoles secondaires tout au long de cette semaine ou à la projection d'un des 200 courts et moyens métrages projetés dans le cadre de ce festival.

Jeudi 18 mars, 19 heures

C'est dans une salle comble du cinéma Sauvenière au centre-ville qu'un public composé en grande majorité de professionnels de la santé et de quelques étudiants a pu assister à une première mondiale : une opération de neurochirurgie captée et retransmise en direct et en 3D full HD.

Avec sur le nez la paire de lunettes spéciale prévue pour profiter au mieux de cette technologie très à la mode, chacun a pu non seulement entrer virtuellement dans la salle d'opération située à 16 kilomètres du cinéma, au CHU de Liège, mais aussi « plonger » litté-

ralement sous la calotte crânienne d'un patient atteint d'un méningiome et suivre, étape après étape, l'extraction de la tumeur bénigne.

Cerise sur le gâteau, le public pouvait interagir en duplex avec le chirurgien – le très pédagogue **Professeur Didier Martin** (aussi Président de la Société Belge de Neurochirurgie) – et l'anesthésiste. Côté salle d'op', tout s'est bien passé. Côté public, il fallait avoir l'estomac bien accroché lors de cette expédition à 20 000 lieues sous la dure-mère. Ce que n'avait visiblement pas une dame, victime d'un malaise heureusement léger. « *Ya-t-il un médecin dans la salle* » a lancé **Claire Gilissen**, animatrice de la soirée. Assurément, oui !

Samedi 20 mars, 18h45

Après une semaine de « réjouissances », de projection et de dizaines d'heures de visionnage, les membres des différents jurys et les réalisateurs se sont retrouvés au Palais Provincial de Liège, pour le dîner de gala et la cérémonie de remise des prix du 9^e festival ImagéSanté.

89 films en compétition (sur 200) répartis en 8 catégories, des premiers prix (forcément), des deuxième et troisième prix et une série de mentions spéciales, le tout entrecoupé de discours et d'extraits des productions lauréates, ça fait long, forcément. Ce sont pas moins de 5 heures (!) qui ont été consacrées à la remise des différentes récompenses, lors de la soirée animée cette fois par **Maureen Louys**, en duo de choc avec **Philippe Longtain**. Le palmarès a permis à chacun de découvrir des courts et moyens métrages de qualité, valant réellement la peine de s'y attarder et – il aurait été dommage de s'en priver – a été ponctué de moments de rire, notamment avec la remise d'une mention spéciale au film à la fois drôle et touchant « Les mots du scrabble » de **Mathias Desmarres** (2007) et de moments d'émotions – citons par exemple la présentation du film lauréat de la session Éducation & Promotion de la Santé, « Tabou » de la jeune réalisatrice **Orane Burri** (2009) ⁴.

Simon Trappeniers

4. Nous reviendrons plus longuement sur ce palmarès dans le prochain numéro.

Regards croisés sur le Festival

Dans nos nombreuses rencontres au cours de la semaine, il fallait bien en sélectionner l'une ou l'autre, un choix toujours délicat. En voici trois épinglées parmi les nombreuses personnes qui ont contribué à la réussite de l'événement.

Françoise Delens, responsable du Service de promotion de la santé (Infor Santé) à la Mutualité chrétienne de Liège et membre du Jury des mutualités

Éducation Santé : Depuis quand la Mutualité chrétienne de Liège participe-t-elle au Festival ImagéSanté et pourquoi ?

Françoise Delens : Cela fait trois éditions que la Mutualité chrétienne de Liège est sponsor du Festival ImagéSanté, suite à une interpellation des organisateurs au Collège intermutualiste liégeois (comprenant toutes les mutualités de la Province de Liège). Depuis la dernière édition, 4 mutualités ont accepté de s'unir pour sponsoriser le festival (la Mutualité chrétienne, Solidaris, la Mutualité neutre et Omnimut).

À la Mutualité chrétienne, nous trouvons important de nous positionner auprès du

grand public et des professionnels comme des acteurs en promotion de la santé, un domaine dans lequel nous investissons beaucoup et depuis longtemps.

Nous voulons aussi permettre au grand public de s'initier aux nouvelles technologies médicales via les opérations en direct, mais aussi de découvrir différents ateliers pédagogiques, de découvrir de nouvelles choses. Notre objectif est qu'il s'ouvre à la santé, que ce soit sur des sujets très précis ou plus généralistes.

ES : Comment cela se passe-t-il ? Dans quelle mesure participez-vous ?

FD : En échange du sponsoring⁵, une soirée des mutualités est organisée. Un film (voir encadré) y est projeté en avant-première en leur nom. Il est ouvert à tous gratuitement. À côté de ça, il y a le jury des mutualités, qui visionne de nombreux films pendant deux jours, afin d'attribuer un prix à l'un d'entre eux et, éventuellement, l'une ou l'autre mention spéciale. Nous sommes quatre personnes plus un président qui n'a rien à voir avec les mutualités, qui est indépendant des organismes assureurs et qui permet de gérer les débats et d'avoir un avis extérieur.

ES : Comment sont choisis les films visionnés par les mutualités ?

FD : Il faut savoir que la Médiathèque de la Communauté française visionne au préalable tous les films qui s'inscrivent au festival. Ils en sélectionnent certains et donnent des avis. Ce sont donc les films jugés les plus « valables » au cours d'un premier tri qui se retrouvent dans les sessions. Concernant notre jury, nous avons donné de grandes lignes directrices par rapport à ce que nous attendions comme type de films. Nous voulions des films qui mettent en avant des initiatives positives, pas trop orientés « domaine médical » mais plutôt proches des personnes et généralistes au niveau des messages.

ES : Vous proposez aussi des ateliers, qu'en est-il exactement ?

FD : Il n'y a que les mutualités chrétienne et Solidaris qui proposent des ateliers car les autres ne sont pas spécialisés dans la production d'outils pédagogiques.

Du côté de la Mutualité chrétienne, nous avons proposé 3 ateliers, en collaboration avec Jeunesse & Santé.

Bientôt chez moi, mode d'emploi : destiné aux étudiants du supérieur, traitant de l'eménagement, seul ou en couple, et de tout ce que ça implique au niveau émotionnel, prise de décisions...

Et toi, tu manges quoi ? : pour les ados de 14 à 18 ans, centré sur l'alimentation. L'idée est de les faire parler d'un sujet qui les concerne tous mais n'est à première vue pas très 'sexy'. On a pris un peu le contre-pied des animations habituelles où on leur montre la pyramide alimentaire, on essaie plutôt de prendre des sujets proches d'eux comme les fast-foods, le « light »... et on essaie d'en discuter sans forcément délivrer un message formaté ou normalisant. L'intérêt est d'éveiller leur esprit critique.

Alcool, jeunes et publicité, un cocktail à décortiquer : destiné aux jeunes de 14 à 18 ans, abordant le marketing entourant les produits alcoolisés⁶.

ES : Comment avez-vous recruté les participants ? Les ateliers suscitent-ils l'intérêt ?

FD : Les inscriptions aux ateliers ont été gérées par l'asbl Enjeu qui organise le festival. D'année en année, il y a des écoles qui sont habituées et reviennent. Elles se pré-inscrivent presque un an à l'avance et quand le programme est connu, elles choisissent dans quels ateliers les jeunes vont aller. Cette année, « Bientôt chez moi, mode d'emploi » a moins marché que les deux autres ateliers. Peut-être la bonne tranche d'âge n'a-t-elle pas été ciblée...

Ma vie pour la tienne

Cette année, c'est le film « Ma vie pour la tienne », de **Nick Cassavetes**, avec Cameron Diaz et Alec Baldwin (2009) qui a été choisi pour la soirée des mutualités. Il relate l'histoire de parents dont la fille de deux ans est atteinte de leucémie. Ces derniers conçoivent un autre enfant, Anna, dans l'espoir qu'il soit compatible pour une greffe de rein. Mais à l'âge de 11 ans, cette dernière engage un avocat pour intenter un procès à ses parents, afin de faire cesser les procédures médicales sur sa personne...

⁵ Cette année, les quatre mutualités liégeoises ont contribué au financement du festival à hauteur de 15.000 euros.

⁶ À découvrir dans le prochain numéro.

Berni Goldblat, président du Jury Éducation et Promotion de la santé

Éducation Santé : Vous voulez bien vous présenter à nos lecteurs ?

Berni Goldblat : Je suis réalisateur, producteur et monteur. Je suis membre fondateur de l'association Cinomade qui est basé au Burkina Faso. Je fais aussi des documentaires et de la fiction, en Afrique.

ES : *Qu'est-ce qui vous amène à Liège du Burkina ?*

BG : En 2006, j'ai remporté un prix pour un de mes films. Et en 2008, on m'a réinvité pour être membre de jury. Alors je suis venu. Et cette année, on m'a nommé Président du jury Éducation et Promotion de la Santé parce que j'ai réalisé pas mal de films touchant à la santé. Je fais d'ailleurs de la sensibilisation en Afrique, grâce à mes films.

ES : *C'est quoi être Président de jury ? Quel est votre rôle ?*

BG : Il y a des moments où je décide que nous devons avoir des réunions par exemple. J'essaie de mener les débats, de comprendre les avis de chacun. Tout le monde joue le jeu donc ça se passe bien.

ES : *Vous êtes-vous fixé des critères pour évaluer les films ?*

BG : On a une fiche guide mais j'ai d'emblée dit à chacun de faire comme il le sent. Je ne récolte pas les fiches. Chacun évalue selon sa sensibilité. Je leur ai juste demandé de ne pas se laisser impressionner par des films à gros budgets et de tenir compte du fait que même un film techniquement faible peut être très puissant, davantage parfois qu'un film avec beaucoup de moyens. Je pense qu'il ne faut pas perdre ça de vue... Maintenant, si un film peut réunir des qualités pédagogiques et cinématographiques, c'est évidemment l'idéal.

ES : *Comment se passe le choix du film à primer ?*

BG : On se voit chaque soir pendant une heure pour éliminer d'office une série de films visionnés pendant la journée. Et le dernier jour, on se rassemble pour en discuter. J'ai demandé à chacun de venir avec une sélection de 5 films. On va voir si on tombe d'accord sur les mêmes... De toute façon, je suis pour l'unanimité, il faut qu'on trouve un consensus !

La mise à mort du travail – La destruction, Jean-Robert Viallet, 2009

Dans un monde où l'économie n'est plus au service de l'homme mais l'homme au service de l'économie, les objectifs de productivité et les méthodes de management poussent les salariés jusqu'au bout de leurs limites. Jamais maladies, accidents du travail, souffrances physiques et psycholo-

giques n'ont atteint un tel niveau. Des histoires d'hommes et de femmes chez les psychologues ou les médecins du travail, à l'Inspection du Travail ou au conseil de prud'hommes, qui nous révèlent combien il est urgent de repenser l'organisation du travail.

Karin Rondia, membre du Jury Santé et Travail

Éducation Santé : Comment êtes-vous arrivée à ImagéSanté ? Qu'est-ce qui vous a poussée à accepter leur proposition d'être membre du jury ?

Karin Rondia : Quand je faisais de la télé (enfin, quand j'en faisais plus qu'aujourd'hui !), j'ai fait partie de très nombreux jurys de festivals de films médicaux et noué de nombreux liens dans ce milieu. Cela explique sans doute qu'on fait de temps en temps encore appel à moi. Lors de l'édition 2006, j'ai été présidente du jury Éducation pour la Santé, mais cette année j'avais demandé à être dans un jury d'une seule journée, par manque de temps.

ES : *Parlez-nous un peu de votre jury...*

KR : Cette année donc, j'ai fait partie du jury santé et travail. Celui-ci était composé de 5 personnes, sous la présidence d'**Annie Cornet**, professeur à HEC-Liège. Nous avons visionné deux types de films, des documentaires sur la pénibilité du travail, le stress, la pression sur les travailleurs, et des films sur des aspects particuliers du travail (handicap, ergonomie...).

Nous avons délibéré assez rapidement. Nous étions tous à peu près du même avis et il n'a pas été difficile de nous mettre d'accord sur le lauréat.

ES : *Quel est ce lauréat ?*

KR : Nous avons choisi de récompenser un documentaire qui parlait de "la mise à mort du travail", titre un peu dramatique pour un reportage très fort, dénonçant les dérives de l'organisation du travail dans les grandes entreprises en France. C'est un film militant, qui prend parti et qui n'hésite pas à donner dans l'émotionnel (voir encadré).

ES : *Le Président du festival nous a confié vouloir ouvrir davantage celui-ci à l'ensemble de la*

Communauté française, qu'en pensez-vous ?

KR : Vous avez raison de souligner le caractère très liégeois de cette organisation, et c'est un peu dommage parce que cela nuit probablement à sa visibilité belge. La faute sans doute à la dimension politique locale, extrêmement marquée. Il est un fait que tout le petit monde liégeois de la santé se retrouve au grand complet dans le jury, avec aussi quelques pointures internationales.

Inviter des gens qui viennent de quelque part à mi-distance entre Liège et Buenos Aires ne ferait en effet pas de tort et permettrait de moins ronronner en vase clos ! À souligner toutefois que certains lauréats des années précédentes sont invités à participer aux jurys, ce qui apporte un peu de renouvellement au festival. Ce n'est pas plus mal...

Propos recueillis par **Carole Feulien**

Avis aux impatients

Vous pouvez prendre connaissance d'*Éducation Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédant la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF (fichier d'1 Mo environ).

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 10 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

BRÈVES

La citation du mois

« Je suis plus intéressé par le vin d'ici que par l'eau de là. »

Francis Blanche

Assuétudes

Bruxelles

15 juin 2010

La Concertation Toxicomanies Bruxelles / Overleg Druggebruik Brussel organise au Parlement bruxellois une matinée consacrée à 'Addibru', un outil d'évaluation et de prospection sur les questions d'assuétudes.

Au programme, 'Monitoring des besoins et demandes de soins dans le champ des assuétudes : panorama des données disponibles et suggestions pour demain' (D^r Mark Vanderveken) et 'Analyse polyvalente de cinq années de récolte de données' (Prof. Claude Javeau).

Adresse du jour : rue du Lombard 69, 1000

Bruxelles.

Plus d'infos : www.ctb-odb.be. Inscription obligatoire à ctb.odb@beon.be.

Santé publique

Besançon (F)

Du 4 au 9 juillet 2010

7^e Université d'été francophone en santé publique. Une formation ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique, basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun. Les intervenants sont des universitaires, des chercheurs, des professionnels, provenant de pays francophones, tous impliqués à différents niveaux dans une démarche de réflexion et d'action au sein du système de santé.

Les enseignements comportent 8 demi-journées de formation (du lundi matin au vendredi matin). En ouverture, une conférence introductive suivie d'une table-ronde, se tiendra le dimanche en fin d'après-midi.

14 modules autour de 3 grands axes sont proposés :

Politique et organisation de la santé

- 1 Protection sociale et évolution du système de santé : explorer les scénarios du futur
- 2 Territoires et santé : mise en œuvre de projets locaux cohérents et pertinents
- 3 Santé et action humanitaire Nord-Sud : penser des relations durables
- 4 Santé, Justice, Éducation : institutions et vie sociale
- 5 Réduire les inégalités sociales de santé : stratégies et modalités d'interventions

Méthodes pour l'intervention et l'évaluation

- 6 Méthodes et outils pour promouvoir la santé
- 7 Études d'impact : introduire la santé dans toutes les politiques publiques
- 8 L'éducation thérapeutique : une œuvre collective ? L'exemple du diabète
- 9 Évaluation des interventions en santé
- 10 Rédaction d'articles scientifiques en santé publique et lecture critique des ressources documentaires d'Internet

Approches par population ou thématique

- 11 Intervenir en nutrition : place des collectivités territoriales, comparaisons francophones
 - 12 Promotion de la santé bucco-dentaire : stratégies individuelles et collectives
 - 13 Promotion de la santé en milieu pénitentiaire
 - 14 Souffrance au travail et suicide : prévenir et agir
- Le nombre d'inscriptions est limité, de 20 à 25 participants par module (avec un total maximum de 200 participants).

Renseignements et contacts : Solène Boichat, Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie, Place Saint-Jacques, 25030 Besançon cedex, France. Tél.: +3 81 66 55 75. Fax +3 81 66 58 69.

Courriel : sboichat@unive-fcomte.fr

Site Internet de l'Université d'été :

<http://www.urcam.org/univete/index.htm>

Santé communautaire

Bruxelles et Liège

30 septembre et 1^{er} octobre 2010

À l'invitation de l'APES ULg et d'Éducation Santé, Bernard Goudet, enseignant en santé publique et développement à l'Université de Bordeaux, viendra donner une conférence et animer un séminaire dans notre pays au départ de son récent ouvrage 'Développer des pratiques communautaires en santé et développement local'.

La conférence aura lieu à Bruxelles le 30/9 et le séminaire à Liège le lendemain.

Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

Fiches pratiques

Question Santé entame la publication d'une série de fiches destinées à faciliter la vie des opérateurs en promotion de la santé ('Des ressources concrètes pour concevoir et réaliser vos projets'). La première nous propose un vade-mecum pour louer une salle, résumé en 10 étapes imparables. Simple et très utile !
Fiche de 5 pages téléchargeable à l'adresse www.questionsante.org/03publications/fiches.html

Santé primaire

Dans le vidéogramme 'Patients en première ligne', usagers et professionnels de la Maison médicale Norman Bethune (située dans un quartier populaire de Molenbeek à Bruxelles) témoignent des réalités de ce lieu de soins de base, mais aussi d'inclusion sociale et de prévention au sens large. Un portrait quelque peu idyllique, voire promotionnel, néanmoins attachant sur le plan humain.
Une production de l'atelier de production CPC, réalisée par Xavier Dubois et Rachid Merabet (durée : 32 minutes). Disponible au prix de 12 euros frais postaux compris, à verser au compte 799-5502192-63 du CPC, rue de la poste 111, 1030 Bruxelles.

Outils

L'adresse du diffuseur en Belgique de 'Ma santé, j'en prends soin' (n° 256, pages 20 et 21) a changé : Godelieve Deschamps, rue Henri Maus 109, 4000 Liège. Tél.: 04 344 02 44. Fax : 04 384 88 18. Courriel : godelieve.deschamps@skynet.be.

Prévention sida

Le 26 mars dernier, Fadila Laanan, la ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances de la Communauté française, avait donné le coup d'envoi du concours « Sida-Stop » et présenté le site internet www.sida-stop.be qui sert de support à cette initiative (voir notre numéro 256 de mai). À la suite de certains avis enregistrés depuis le lancement du concours, qui devait en principe s'achever avant les vacances estivales, la ministre a décidé de le prolonger jusqu'à l'automne prochain. Ceci notamment pour permettre aux étudiants qui souhaitent y participer de disposer de davantage de temps pour proposer leurs clips audiovisuels ou leurs spots sonores, une fois leurs examens terminés. La clôture des inscriptions est reportée au 31 octobre. Et la remise des prix initialement prévue fin juin est, elle, différée au 1^{er} décembre.

www.educationsante.be

Visitez notre site internet ! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1.000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Notre site bénéficie depuis 2009 de la certification HON (Health on the Net). Il a reçu plus de 600 visiteurs par jour en moyenne en 2009, et près de 1000 visiteurs quotidiens en mars 2010!



Dossier. Populations précarisées : l'accessibilité de l'alimentation

Introduction, *Christine César, Corinne Delamaire*
 Manger équilibré pour 3,5 euros par jour : un véritable défi, *Nicole Darmon*
 Distribution de chèques fruits et légumes : faisabilité et impact, *Hélène Bihan, Sandrine Péneau, Caroline Méjean, Laetitia Pélabon, Henri Faure, Véronique Ducros, Hervé Le Clésiau, Katia Castetbon, Serge Herberg*
 Environnement alimentaire : état des connaissances aux États-Unis et au Québec, *Éric Robitaille, Pascale Bergeron*
 Étude Record : quel lien entre poids, activité physique et environnement urbain ? *Basile Chaix, Cinira Leal, David Evans, Sabrina Havard, Nathalie Baudet*
 Associer les populations à la conception des messages de prévention, *Florence Condroyer*
 Quelle place pour les associations dans l'histoire du secours alimentaire ? *Alain Clément, Christine Lagoutte*
 Que sait-on sur l'aide alimentaire ? *Christine César*
 « Faire les poubelles pour manger »: l'écosystème fragile du glaneur, *Christine César*
 Alimentation des plus démunis : ce que prévoit le Programme national nutrition-santé, *Corinne Delamaire*
 Lyon : une épicerie solidaire pour les personnes en situation de précarité, *Sophie Robert, Jean-Baptiste Chiodi*
 Mouans-Sartoux : produits frais et équilibrés à la cantine, *Gille Perole*
 Produits locaux et bio à la restauration collective de Lons-le-Saunier, *Didier Thévenet*
 Pour en savoir plus, *Olivier Delmer, Céline Deroche*

Rubriques

Aide à l'action

À Brest, des professionnels formés à l'éducation nutritionnelle, *Yves Pagès, Ronan Le Reun, Virginie Auffret*
 Les chemins pour piétons dans le paysage genevois, *Marcos Weil*
 Évaluation des actions de prévention : un document pour les professionnels, *Stéphanie Pin-Le Corre, Cécile Fournier, Pierre Arwidson, Philippe Guibert*

Qualité de vie

« Il est impératif de valoriser le savoir traditionnel des mères », entretien avec *Doris Bonnet*

La santé à l'école

Nouvelle-Calédonie : l'école, lieu de prévention des conduites addictives, *Christian Michel*

International

Comportements et santé : quel rôle joué par l'environnement ? *Gaston Godin*

Lectures

Céline Deroche, Sandra Kerzanet

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr*

SOMMAIRE

Initiatives

- Les premiers secours en milieu (extra) scolaire, seconde partie, par *André Lufin* 2
- « La cigarette peut être considérée comme un anxiolytique sans ordonnance », entretien de *Denis Dangaix* avec *Patrick Peretti-Watel* 5
- Palou, le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil, par *Bettina Cerisier* 7
- L'éducation sexuelle en Équateur entre religion catholique et tradition indienne, par *Laurence Biron* 9
- Ma classe à pleines dents, par *Maryse Van Audenhaege* 11
- Vive l'OMC ! par *Christian De Bock* et *Carole Feulien* 12
- Bref coup de projecteur sur le PNNS français, par *Christian De Bock* 13

Données

- La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, par *Colette Barbier* 14

Vu pour vous

- Le festival ImagéSanté comme si vous y étiez (saison 9, épisode 1), par *Carole Feulien* et *Simon Trappeniers* 17

Brèves

23

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, Pour l'étranger, nous contacter.

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

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

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Jean-Luc Collignon, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 3.200 exemplaires.

Diffusion : 3.000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education 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 Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél.: 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net - 05/2009)

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.