



**Raconte-moi...  
la promotion  
de la santé**

**Muriel Durant**

## Initiatives

# Prévenir la cyberdépendance chez les moins de 12 ans, c'est tout un art!

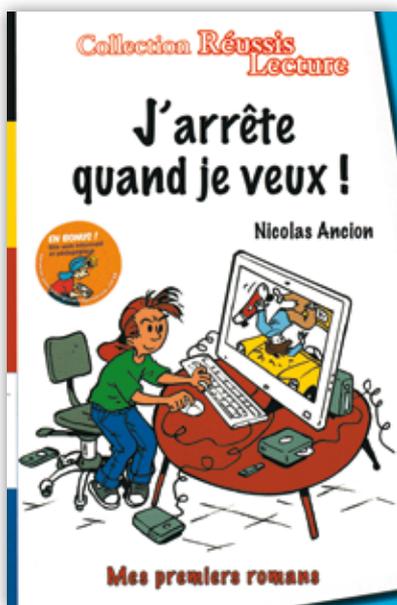
Colette Barbier

**Le 6 novembre dernier, des élèves de 6<sup>e</sup> primaire de l'école fondamentale de Xhovémont à Liège ont improvisé une fiction devant les caméras de l'émission *Ma classe fait sa télé* sur le thème de la cyberdépendance.**

C'est l'histoire d'un jeune adulte, rompu aux jeux vidéo depuis ses vertes années, qui rencontre l'âme sœur sur un jeu en ligne. Il se marie et sa belle lui donne un fils. Plongée dans la réalité de la vie, la jeune maman arrête de jouer pour s'occuper du bébé et du ménage. Malheureusement, il n'en va pas de même pour le papa qui a quitté son travail et ne participe pas à la vie de famille car il passe tout son temps à jouer. Les disputes sont fréquentes au sein du couple. Un jour, la femme délaissée décide de piéger son mari en jouant en ligne avec lui. Elle utilise un pseudo, séduit l'homme sur Internet et lui donne rendez-vous dans un restaurant. Arrivé sur place, l'homme découvre sa femme. Celle-ci veut sauver son couple et leur vie de famille. Comme dans les jeux, elle lance un défi à son mari : « Tu arrêtes de jouer ! ». Au début, il a du mal à se passer de jouer et à montrer sa souffrance. Mais il résiste et au fil du temps, il parvient à se libérer de l'enfer des jeux vidéo. Il retrouve un travail, joue au foot avec son fils sous l'œil bienveillant de sa femme.

### Atteindre les 10-12 ans

Cette histoire a été imaginée par les élèves et leur institutrice, **Catherine Méan**. Le tournage est une étape d'un projet global lancé par Infor-Drogues qui a eu l'idée de publier un ouvrage de prévention pour les 10-12 ans sur le sujet des dépendances<sup>1</sup>. Contacté par l'asbl, l'auteur **Nicolas Ancion** se souvient que l'association était à la recherche d'un écrivain prêt à écrire de manière souple. « *Le roman devait pouvoir être utilisé de façon complexe et provoquer un débat* »,



retrace Nicolas Ancion, venu spécialement de France pour assister au tournage.

« *Il fallait parvenir à parler des assuétudes à travers un sujet que les enfants de cette tranche d'âge connaissent bien.* »

Avec le soutien de la Ministre de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles **Fadila Laanan**, un travail de recherche-action a été effectué auprès de diverses classes de l'enseignement primaire. Nicolas Ancion est allé à la rencontre des élèves. « *Pour parler des dépendances, on ne pouvait pas s'appuyer sur les drogues, l'alcool, les cigarettes, car ça n'avait pas de sens pour des enfants de cet âge* », raconte l'auteur. « *Après avoir pris le temps de parler avec des élèves, le thème de la cyberdépendance s'est imposé puisqu'il s'est avéré que tous les enfants ont recours aux jeux vidéo.* » Ce travail a abouti à l'écriture d'un livre intitulé *J'arrête quand je veux !*, mais aussi à la publication d'une brochure et à la réalisation d'un site Internet.

### Provoquer le débat

« *Le but est d'interpeller les écoles et les jeunes sur la cyberdépendance, de les sensibiliser et de déclencher un débat* », explique Fadila Laanan, également présente sur le tournage.

Pour aller plus loin encore dans l'interpellation des enfants du primaire sur les dangers de la cyberdépendance, le cabinet de la Ministre de la Santé a contacté **Patrice Biarent**, le réalisateur de l'émission *Ma classe fait sa télé*, diffusée sur *La Trois*, pour lui demander de réaliser une animation sur les assuétudes en partant du livre de Nicolas Ancion.

« *C'est ainsi que Patrice Biarent s'est tourné vers notre école* », raconte Catherine Méan. « *C'était début octobre. Il a fallu faire vite ! Pourquoi dans notre école ? Simplement parce que Nicolas Ancion, né dans le quartier, a fait ses classes chez nous. Les enfants ont lu le livre, se sont passionnés pour l'histoire et nous avons construit notre scénario sur l'addiction aux jeux vidéo.* »

### Un danger bien réel

Par ailleurs, la Ministre a expliqué combien il est difficile de faire de la prévention auprès des 10-12 ans. « *La dépendance, ça ne leur parle pas, contrairement aux adolescents qui comprennent bien de quoi il s'agit. Mais nous voulons faire de la prévention chez tous les jeunes pour éviter qu'ils ne basculent dans la dépendance à l'adolescence. Il faut savoir que 12,5 % des jeunes de 12 à 20 ans passent plus de 4 heures par jour sur les réseaux sociaux, sur Internet ou devant leur console de jeux, même les jours d'école. Or, certains experts estiment qu'une consommation de jeux*

<sup>1</sup> Voir l'article d'Alain Cherbonnier 'J'arrête quand je veux', Éducation Santé n° 260, octobre 2010, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1302>

vidéo est abusive lorsqu'elle atteint ou dépasse quatre heures par jour. »  
Fadila Laanan a aussi pris le temps de parler aux élèves qui se sont montrés soucieux de savoir si les enfants de la ministre jouent aux jeux vidéo... Oui, mais la maman pose des limites. « *Quand j'achète un jeu pour*

*mes enfants, je regarde la limite d'âge. Certains jeux sont très violents et les enfants ne réalisent pas à quel point ils peuvent être dangereux. L'enfance est un monde particulier qui passe vite. Il faut veiller à ce que vous puissiez vous occuper de choses qui appartiennent à votre monde. »*

Pour en savoir plus :  
Le livre « *J'arrête quand je veux* », Nicolas Ancion, Éd. Jourdan, Paris-Bruxelles, 2009  
La brochure « *J'arrête quand je veux* », éditée par Infor-Drogues.  
Le site Internet [www.jarretequandjeveux.org](http://www.jarretequandjeveux.org)

Photo © Fotolia



## La contraception, business utile et rentable

Carole Feulien

À l'occasion de la Journée mondiale de la contraception du 26 septembre dernier, la Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) a organisé à Bruxelles un colloque d'une demi-journée sur la thématique. Professeurs d'université, médecins, gynécologues, journalistes et surtout, praticiens en centres de planning étaient de la partie. Éducation Santé en était également et vous en propose deux moments intéressants.

### L'étude européenne « CHOICE » ou l'impact du counselling dans le choix d'une méthode contraceptive

En Belgique, environ 70 % des femmes utilisant un moyen contraceptif ont choisi la pilule classique, 20 % le stérilet et 10 %, d'autres moyens tels que le patch, l'implant ou l'anneau vaginal. Mais parmi elles, lesquelles ont réellement choisi leur moyen de contraception ? Ont-elles reçu toutes les informations utiles pour faire leur choix ? Et parmi celles qui les ont reçues, combien ont choisi le moyen qui convient le mieux à leur situation personnelle ?

« *En Belgique, une femme sur six connaissant une grossesse non désirée avorte. Or, 50 % d'entre elles n'utilisaient pas de contraceptif (ou un contraceptif peu fiable) et 15 % utilisaient des préservatifs* », a souligné lors du colloque le D<sup>r</sup> Merckx, gynécologue participant à l'étude et co-présidente de la VVOG (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie). Face à ce constat, l'étude CHOICE<sup>1</sup> (The Contraceptive Health Research Of Informed Choice Experience), menée dans 11 pays européens dont la

Belgique, avait pour objectif principal de mesurer l'impact d'un modèle structuré de conseils appliqué par les gynécologues durant leur entretien avec les femmes, au sujet des méthodes contraceptives hormonales combinées (pilule combinée, anneau vaginal et patch transdermique). Concrètement, les gynécologues ont reçu un schéma à suivre durant les entretiens avec leurs patientes. Ce guide de counselling contenait les informations utiles sur ces 3 méthodes de contraception. Il décrivait leur efficacité, leur mode d'action, leurs risques, leur fréquence d'administration et les aspects pratiques de leur utilisation. Avec ce support, les 121 gynécologues participant ont évoqué avec leurs patientes leur style de vie et cherché, avec elles, le dispositif correspondant à leurs habitudes de vie. Les quelque 1800 femmes du panel ont été interrogées quant à la méthode contraceptive à laquelle elles envisageaient d'avoir recours avant l'entretien. À la fin de celui-ci, on leur a demandé quelle méthode elles avaient finalement choisie et dans quelle mesure celle-ci différait de leur choix initial. Les résultats sont surprenants : 39 %

d'entre elles ont modifié leurs intentions de base ! De 66,7 % envisageant la pilule avant l'entretien, elles n'étaient plus que 52,6 % après celui-ci. En ce qui concerne le patch transdermique, le pourcentage est passé de 2,6 à 5,3 % ; et pour l'anneau vaginal, la proportion est passée de 9,1 à 27 %<sup>2</sup>. Le principal transfert s'est fait d'une méthode quotidienne à une méthode hebdomadaire (le patch) ou mensuelle (l'anneau), ce qui tombe plutôt bien puisque l'oubli de la pilule contraceptive explique le pourcentage élevé d'échecs de contraception, entraînant de fréquentes grossesses non désirées. Quant aux indécises avant l'entretien (11,1 %), elles étaient moins nombreuses après avoir discuté avec leur gynécologue (6,3 %). Enfin, celles qui n'avaient pas de préférence spécifique ont finalement suivi l'avis de leur gynécologue dans 80 % des cas ! Côté professionnels, le counselling aurait également du bon, témoigne le D<sup>r</sup> Merckx, « (...) la participation à cette étude fut pour moi une expérience particulière (...). Au fil des années, on a le sentiment de connaître le sujet et on se permet de passer certains

<sup>1</sup> Lire à ce propos Merckx M., Donders Gilbert G., Grandjean P., Van De Sande T., Weyers S., Does structured counselling influence combined hormonal contraceptive choice ?, The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, December 2011 (16), pp.418-429.

<sup>2</sup> Il est toutefois curieux que l'anneau, grand 'gagnant' de l'étude, soit justement le moyen de contraception commercialisé par la firme sponsor de l'étude...

éléments en revue plus rapidement. Ici, nous devons évoquer de la même manière structurée tous les moyens contraceptifs. Cela permet de travailler en tenant davantage compte de la patiente. » Évidemment, prodiguer ce genre de conseils leur prend bien plus de temps. « Je n'ai jamais eu autant de retard dans mon cabinet qu'au moment de cette étude », témoigne-t-elle encore. Mais cela permet aussi, dit-elle, d'atteindre un plus grand niveau de satisfaction, et une meilleure compliance des femmes. Reste donc aux professionnels à adapter le nombre et la durée de leurs consultations pour pouvoir conseiller utilement leur patientes et leur permettre de faire un choix contraceptif éclairé. Qui sait...

## Les enjeux économiques de la contraception

**Henri Houben**, chercheur<sup>3</sup> au GRESEA (Groupe de recherche pour une stratégie économique alternative) est venu nous parler du marché du contraceptif, car oui, c'est un business, et un business qui se porte plutôt bien, alors que la crise touche

la plupart des autres secteurs de l'industrie. Comme pour les poudres à lessiver, malgré une apparente concurrence, le marché belge de la contraception, qui compte plus de 100 marques, ne concerne que quatre firmes pharmaceutiques<sup>4</sup>, qui détiennent le plus souvent un monopole sur un segment particulier. À titre d'exemple, Bayer détient la moitié du marché belge ! Ces grandes sociétés se sont développées massivement dans les années '70 et leur chiffre d'affaires n'a fait qu'augmenter ces vingt dernières années (plus précisément, il a triplé). Le prix des médicaments/produits qu'elles commercialisent augmente sans cesse du fait de leur position de monopole. Ces profits engrangés sur le dos des patients ou de la sécurité sociale couvrent les frais de recherche mais bien au-delà, comme chacun sait. Ces bénéfiques approvisionnent en réalité surtout les actionnaires en dividendes. Le but de ces firmes, explique donc l'économiste, n'est pas de 'sauver l'humanité', mais bien d'engranger un maximum de profits. Et elles y parviennent très bien grâce à l'un ou l'autre produit

phare protégé pendant 20 ans par un brevet et pour lequel elles tenteront de prolonger cette période par la modification (parfois subtile !) de la composition du médicament. D'autres vont jusqu'à produire eux-mêmes le générique de leur propre médicament ou attaquent systématiquement en justice les sociétés qui auraient l'audace de vouloir produire la même molécule. Même si ces grandes firmes sont parfaitement conscientes de l'issue défavorable du procès, elles choisissent de dissuader par la peur leurs potentiels concurrents. Ces constats, même s'ils ne nous révèlent pas un phénomène déjà largement connu, soulignent une fois de plus le fait singulier que la santé est un marché d'un genre particulier, n'obéissant pas aux règles habituelles. Le 'malade' ne choisit pas de l'être, il est en quelque sorte un client obligé. Même pas besoin de le convaincre : le corps médical s'en charge le plus souvent ! Le chercheur conclut un peu désabusé que, pour ces raisons, la santé devrait rester du domaine public...

<sup>3</sup> Dans le secteur de l'automobile ! Mais, a-t-il confié à l'auditoire, ce qui est applicable au secteur automobile l'est également à l'industrie pharmaceutique. À la bonne heure...

<sup>4</sup> Johnson & Johnson, Merck, Pfizer et Bayer (et 2 ou 3 producteurs de génériques, tout de même). À plus grande échelle, ce sont 12 firmes seulement qui contrôlent le marché mondial du médicament. Leur taux de rentabilité est nettement supérieur à la moyenne industrielle.

## La Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF)<sup>5</sup>

Née en 1972 du regroupement des premiers centres de planning familial en Belgique, la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial est la première fédération de centres de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle rassemble aujourd'hui une quarantaine de centres à Bruxelles et en Wallonie. La moitié de ces centres pratiquent l'avortement. En Belgique, le mouvement du Planning familial a contribué à l'émergence de changements sociaux et politiques notables : libre accès à la contraception, dépénalisation de l'interruption volontaire de grossesse, développement de l'éducation sexuelle et affective. L'action de la FLCPF a pour objectif global de protéger ces acquis, d'étendre leur champ d'application et de promouvoir la

qualité et la spécificité du travail en centre de planning familial. Elle se donne comme ligne conductrice la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs comme des droits humains fondamentaux. La FLCPF défend ses valeurs et se bat pour ses objectifs dans des actions politiques et publiques. Elle prend régulièrement position dans des conférences et des débats et propose des formations professionnelles en promotion de la santé sexuelle (voir [www.planningfamilial.net/index.php/formations/presentation](http://www.planningfamilial.net/index.php/formations/presentation)) et met à la disposition du public un centre de documentation spécialisé qui publie brochures et dossiers d'information (le CEDIF – voir plus bas). La FLCPF coordonne également le projet Sex&Co de promotion de la santé sexuelle et affective en milieu

festif ([www.sexandco.info/Sex-Co](http://www.sexandco.info/Sex-Co), ou sur Facebook) et dispose d'un centre de ressources sur le handicap et la sexualité. La FLCPF est agréée comme organisme général d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et est agréée comme organisme représentatif de ses membres par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale. La FLCPF bénéficie également de subsides en promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles et est soutenue par Actiris. *Fédération Laïque de Centres de Planning Familial, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél. : 02 502 82 03, fax : 02 503 30 93, courriel : [flcpf@planningfamilial.net](mailto:flcpf@planningfamilial.net).*

<sup>5</sup> Extrait du site [www.planningfamilial.net](http://www.planningfamilial.net)

### Centre de documentation et d'information sur la vie affective et sexuelle

Le CEDIF est le seul centre de documentation de la Fédération Wallonie-Bruxelles spécialisé dans les questions liées au planning familial et, plus largement, à la vie affective et sexuelle. Il fut créé en 1980 afin d'assurer aux centres de planning familial et au grand public un service d'accès à la documentation et à l'information de qualité.

Le CEDIF c'est :

- une bibliothèque de plus de 600 ouvrages;
- plus de 20 revues spécialisées dépouillées;
- près de 30 dossiers de presse thématiques;
- de nombreux travaux, mémoires, rapports et enquêtes;

- une vidéothèque et des outils pédagogiques.

Une base de données informatisée reprend plusieurs centaines de références d'articles, livres et documents et permet une exploitation maximale du fonds documentaire.

Dans le cadre de sa mission d'éducation permanente, le CEDIF assure également la réalisation et la diffusion de publications et d'une revue de presse mensuelle. Ces réalisations ont pour objectif de proposer aux citoyens une information pertinente et fiable leur permettant d'exercer leur libre choix responsable en matière de droits sexuels et reproductifs.

Le CEDIF collabore à différents réseaux documentaires ce qui permet de partager pleinement l'information et d'échanger la documentation pour une meilleure prise en charge des demandes du public.

Pour découvrir et commander en ligne les brochures d'informations de la FLCPF : [www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/brochures-d-information](http://www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/brochures-d-information)

Pour les dossiers thématiques de la FLCPF : [www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/dossiers-thematiques](http://www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/dossiers-thematiques)

Pour les outils pédagogiques : [www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/outils-pedagogiques](http://www.planningfamilial.net/index.php/documentation/publications/outils-pedagogiques)

Pour tout autre information, le centre de documentation est accessible à tous gratuitement, du lundi au vendredi de 9 h à 12 h, le mercredi de 14 h à 17 h.  
*CEDIF, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.*  
*Tél. : 02 502 68 00, fax : 02 503 30 93,*  
*courriel : [cedif@planningfamilial.net](mailto:cedif@planningfamilial.net)*



## Icaps : le grand bond en avant

Anne Le Penneec

**Pour promouvoir l'activité physique des enfants et des jeunes, l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – France) mise depuis 2010 sur la stratégie Icaps (intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité). Et les projets fleurissent... comme par enchantement ?**

Un premier appel à projets fut lancé en 2011, suivi d'un autre en 2012. À ce jour, 15 projets ont été retenus par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui leur accorde une subvention pour promouvoir l'activité physique des jeunes. Tous portent les couleurs d'Icaps et ont pour ancêtre commun une expérience scientifique débutée en 2002 dans l'Est de la France. Pendant 6 ans, le **Prof. Chantal Simon**, médecin et enseignant-chercheur en nutrition et son équipe ont passé au

crible les pratiques d'activités physiques d'une cohorte de 954 élèves de 6<sup>e</sup> dans des collèges du Bas-Rhin, traquant les changements de comportement et d'éventuels effets bénéfiques sur la santé, en particulier l'indice de masse corporelle et le risque cardiovasculaire. Ainsi ancrée en milieu scolaire, l'étude ciblait des enfants aux profils sociaux variés. Plusieurs questions préoccupaient les chercheurs. Ils voulaient notamment savoir s'il est possible de modifier le niveau d'activité physique des adolescents alors

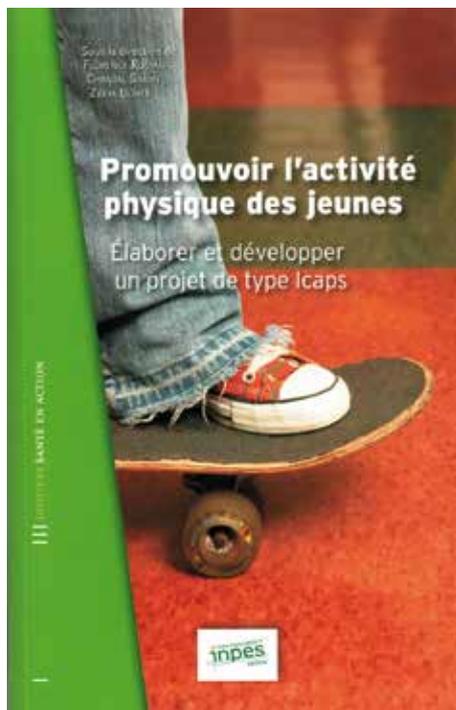
qu'il existe déjà une offre d'activités importante à l'école comme en dehors. Et si oui, comment maintenir dans le temps cette modification ? Deux groupes d'élèves ont été constitués : le premier bénéficiait d'interventions spécifiques permettant aux jeunes d'augmenter leur niveau d'activité physique et de participer à une réflexion sur ses bienfaits ; le second groupe suivait le programme scolaire habituel et servait de groupe de référence. Les résultats de l'étude montrent une

augmentation de l'activité physique hebdomadaire des enfants (+54 minutes en moyenne), une diminution du temps passé devant la télévision (-20 minutes par jour) et une limitation significative de la prise de poids à l'issue de l'intervention, qui a duré 4 ans. Des effets toujours observables deux ans plus tard et qui s'avèrent plus marqués chez les jeunes des milieux les moins favorisés, notent les auteurs. Une conclusion qui n'est pas sans rappeler les principaux enseignements de la campagne américaine VERB mise en place à la même période (voir Éducation Santé n° 279 de juin 2012). Ainsi démontrée, l'efficacité de la méthode a eu tôt fait d'arriver aux oreilles de l'OMS qui l'a approuvée en 2009. Deux ans plus tard, c'est au tour de l'Inpes d'inciter les opérateurs de terrain à s'engager dans la démarche.

## Un modèle d'approche écologique

Les actions Icaps qui se déploient actuellement entendent donc participer à la lutte contre l'obésité et le risque vasculaire chez les jeunes Français. Plus largement, il s'agit de favoriser une pratique de l'activité physique régulière et source de plaisir dans l'enfance et l'adolescence. Une sorte de pari sur l'avenir puisqu'il est établi que cette habitude comme ses bienfaits se prolongent à l'âge adulte.

Pour ce faire, l'approche Icaps prône une intervention à trois niveaux, dite socio-écologique ou systémique. D'autres encore la nomment 'outil de catégorisation des résultats'. Elle consiste à cibler l'individu au travers de ses connaissances, sa motivation, ses attitudes et ses compétences ; son entourage afin qu'il valorise l'activité physique, relaie l'information et soutienne les changements de comportements ; et enfin l'environnement en impliquant les partenaires, pour fournir les conditions matérielles et institutionnelles de pratique et assurer la promotion auprès des intéressés. Pas de label Icaps sans cette triple mobilisation qui est sa signature et



lui confère sa légitimité parmi les actions d'éducation pour la santé conçues dans l'esprit de la charte d'Ottawa. Pour ceux qui sont rompus à l'exercice du montage de projets en promotion de la santé, la recette n'est pas nouvelle. Mais couchée noir sur blanc dans un guide<sup>1</sup> édité par l'Inpes, elle prend une allure officielle et gagne en visibilité auprès des professionnels de l'éducation, associations sportives, parents d'élèves, animateurs de centres de loisirs ou collectivités locales ciblés qui voudraient initier de telles actions.

## Essai transformé sur le terrain

Au-delà de l'objectif principal partagé et valorisé auprès de l'Inpes, les ambitions poursuivies par les uns et les autres divergent. Pour une association comme Hérault Sport spécialisée dans l'éducation par le sport, l'étiquette Icaps et son corollaire, celle d'un projet soutenu par l'Inpes, ont eu pour effet de rassembler les partenaires autour d'un objectif commun : développer la pratique du judo dans un club sportif pour des jeunes d'un quartier en difficulté. « Le projet a permis de mettre un coup d'accélérateur auprès d'un public dont on s'occupait déjà », explique **Véronique Brunet**, chef du secteur société/solidarité à Hérault Sport. Faire découvrir une activité « porteuse de valeurs de respect

qui nous sont chères », en pérenniser la pratique, développer les liens avec les familles et les enseignants du quartier... « Aujourd'hui 50 % des licenciés sont des filles. Cela n'a pas été facile mais la mixité est enfin installée. »

Le centre socio-culturel Beaudésert à Mérignac (Gironde) a lui aussi reçu l'aide de l'Inpes pour développer son offre sportive. « Faire de l'éducation physique et sportive auprès des jeunes n'est pas notre vocation première, nous y avons recours ponctuellement », précise son directeur **François Castex**. Qu'importe : la fin justifie les moyens. La subvention allouée a permis d'une part de négocier l'accès à une salle de sport privée du quartier essentiellement fréquentée jusqu'alors par les salariés des entreprises alentour, d'autre part de monter un atelier de boxe éducative. « Depuis, on a vu arriver des jeunes qui ne fréquentaient pas le centre avant. »

Le projet de l'Office d'hygiène sociale (OHS) de Nancy, déjà investi dans la thématique du surpoids et de l'obésité, cible quant à lui les jeunes de 13 à 21 ans pris en charge au sein de l'OHS. Mini-conférences sur la nutrition et ateliers d'activités physiques en composent le motif. Certaines ont lieu dans l'enceinte du centre social de l'OHS, d'autres à la *Maison des adolescents*, avec le concours de la Ville de Nancy. « Nous avons conscience que pour faire évoluer les comportements des enfants, impliquer les parents est indispensable », raconte **Vanessa Balthazard**, coordinatrice du projet. « La surprise est venue d'ailleurs car nous n'avions pas anticipé que les parents ne transmettent pas toujours à leurs enfants ce qu'ils ont appris et s'appliquent à eux-mêmes, comme les règles d'hygiène de vie. » D'où l'idée, pour la seconde phase du projet en cours d'élaboration, de mettre l'accent sur le lien parent-enfant en travaillant sur un soutien à la parentalité. « Après la phase de découverte, l'appropriation des habitudes est l'un des enjeux pour la suite. »

<sup>1</sup> Document téléchargeable en version intégrale sur le site de l'Inpes : <http://www.inpes.sante.fr/icaps/>

# 10 ans d'existence de l'Agence Intermutualiste

Christian De Bock, d'après l'Agence Intermutualiste

**L'Agence Intermutualiste (AIM) existe depuis un peu plus de dix ans. Lors du séminaire organisé le 18 décembre dernier au Palais des Académies à l'occasion de cet anniversaire, les mutualités ont dressé un bilan et un état des lieux, tout en se projetant aussi dans le futur. En effet, l'AIM veut continuer à assister les autorités dans leur recherche de l'équilibre entre qualité, accessibilité et maîtrise des coûts dans le secteur des soins de santé.**

## Rôle de l'AIM

L'implication des mutualités dans l'exécution de l'assurance maladie fait en sorte qu'elles disposent de toute une série de données, comme le profil de maladie des Belges et des profils des institutions et prestataires de soins. Par le biais de l'AIM, les mutualités peuvent rassembler ces données et les mettre à disposition de manière codée (anonyme).

Sur base de ces données, les mutualités, les autorités publiques et les institutions fédérales peuvent effectuer des analyses permettant la préparation et l'évaluation de mesures prises dans la politique de santé et la réalisation d'études scientifiques. Ainsi, ces données contribuent à l'orientation de la politique de soins de santé et peuvent aider à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de santé.

## Réalisations

Au cours de ces 10 ans un certain nombre de réalisations ont vu le jour grâce au travail de l'AIM. Ces projets sont souvent effectués à la demande de ou en collaboration avec des partenaires, à savoir l'INAMI, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), le SPF Santé publique, les Communautés et Régions.

## Quelques exemples.

Le feedback individuel vers les médecins généralistes et spécialistes relatif à leur comportement de **prescription d'antibiotiques** et d'autres médicaments. L'AIM a fourni les données et produit les fichiers de résultats de cette campagne. Le feedback individuel de **l'état des lieux**

**des campagnes de dépistage cancer du sein** envoyé aux médecins généralistes et gynécologues, ainsi que les différents rapports relatifs à ces campagnes de dépistage ont été réalisés sur base des analyses de l'AIM (Éducation Santé évoque régulièrement ces rapports dans ses colonnes).

**L'AIM souhaite participer activement au développement d'indicateurs de qualité des soins, tant au niveau fédéral que communautaire.**

L'AIM met à disposition de manière permanente des données codées détaillées et longitudinales relatives à 1 assuré social sur 40, soit plus de 250.000 personnes, connues sous le nom 'd'échantillon permanent'. Un outil d'aide à la décision sans doute unique au monde ! Sur demande, les chercheurs peuvent également recevoir accès à ces données.

## Projets futurs

L'AIM a l'intention de continuer à réaliser de tels projets, mais elle veut également faire face à de nouveaux défis.

Les données nécessaires pour effectuer les bons choix dans la recherche d'un équilibre entre qualité, accessibilité et maîtrise des coûts seront mises à disposition des



autorités publiques et des partenaires dans la gestion des soins de santé. Avec l'aide de l'AIM et des mutualités, cela permettra aux autorités publiques de concevoir des mesures socialement justifiées.

L'AIM a par conséquent l'ambition de rester un point de référence pour les autorités publiques, grâce au rôle des mutualités comme intermédiaires à tous les niveaux de décision et de mettre à profit son expertise dans le débat actuel de la communautarisation partielle des soins de santé.

Enfin, l'AIM souhaite participer activement au développement d'indicateurs de qualité des soins, tant au niveau fédéral que communautaire. Elle collabore déjà activement au projet d'indicateurs de qualité développés pour les hôpitaux flamands. Dans cet environnement futur, l'AIM s'interroge sur le fait de trouver un meilleur équilibre entre le droit au respect de la vie privée du prestataire et les intérêts de la santé publique. Suite à son étude récente montrant de grands écarts des taux d'accouchements par césarienne entre hôpitaux, l'AIM a ainsi publié des comparaisons entre institutions hospitalières qui ont fait grincer quelques dents...

*Agence Intermutualiste,  
avenue de Tervuren 188A, 1150 Bruxelles  
(nouvelle adresse depuis la mi-janvier).  
Internet : [www.cin-aim.be](http://www.cin-aim.be).*

# Raconte-moi... la promotion de la santé

Muriel Durant, conteuse<sup>1</sup>

**Amorcé à la fin des années 1960, le mouvement du « nouveau conte » a le vent en poupe. Le conte, art de la scène à part entière, est de plus en plus présent. Il prend des formes très diverses, qui vont de la narration pure et simple à une théâtralisation forte. Le répertoire des conteurs est également très varié et ne se limite pas au conte traditionnel. Récits de vie, légendes contemporaines, créations personnelles... sortent de la bouche des conteurs contemporains.**

Presque parallèlement au nouveau conte, à partir du milieu des années 1980, émergeait le concept de promotion de la santé.

Entre ces deux mouvements, point de contacts ? Quand on m'a suggéré qu'il y avait plus d'un point commun entre le conte et la promotion de la santé, j'ai commencé par sourire (voire franchement rigoler intérieurement). Puis l'idée a fait son chemin, petit à petit. Établir des points de contact entre le conte et la promotion de la santé ? Possible ? À vous de juger !

### Avant toute chose : tuer le Perrault

Symboliquement du moins... Car, très – trop – souvent, quand on pense « conte », c'est le nom de **Charles Perrault** qui surgit, en un automatisme fulgurant (du moins dans la culture francophone). Cet homme de lettres français, né en 1628 et décédé en 1703 (contemporain de Louis XIV, donc) est associé pour toujours au conte. Or, sans dénier la qualité des textes de Perrault, nous soulignons ici que c'est à la réécriture de contes traditionnels qu'il s'est adonné. Il a fait œuvre (et chef-d'œuvre) de littérature écrite, bien loin de la littérature orale.

Les *Histoires ou contes du temps passé* (plus connues sous le titre de *Contes de ma mère l'Oye*) sont l'arbre qui cache une forêt foisonnante : les contes de tradition orale. De tout temps, sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures,

les humains ont raconté des histoires.

Traditionnellement, le conte s'élabore dans l'oralité. Il sort de la bouche du conteur, va se réfugier dans des oreilles présentes... et certains des auditeurs se feront à leur tour conteurs. En fonction des lieux, des conteurs, des publics, le conte se modifie. Il voyage, parfois très loin. Certains motifs traditionnels transcendent les cultures.

Des histoires, comme celles de *La petite fille et le loup*, ou *Le petit poucet* se retrouvent sur plusieurs continents. Les contes sont « des productions littéraires à part entière, auxquelles on a refusé ce statut en raison de la prégnance de l'écriture dans nos sociétés »<sup>2</sup>.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les contes ne sont pas des écrits transposés oralement, mais l'inverse : créations orales, ils se sont posés sur le papier, principalement à partir du 17<sup>e</sup> siècle (Perrault, justement). Au 19<sup>e</sup> siècle, des collecteurs ont entamé un travail de « retranscription » de contes récoltés.

Ces retranscriptions ont bien entendu leurs limites (pas d'intonations, histoires racontées parfois trop rapidement par le conteur, etc.) mais présentent l'immense avantage de ne pas être sujettes à une récréation littéraire.

Les contes, tels que nous les connaissons, sont figés dans l'écriture. Pour recréer cette littérature dans son oralité originelle, un conteur d'aujourd'hui, dans notre pays, se basera sur différentes versions écrites qu'il comparera, écoutera des autres conteurs

ou encore récoltera ses propres histoires (auprès de personnes âgées, au cours de voyages par exemple).

### Plaidoyer pour le racontage

« *Lorsqu'on est un peu perdu, lorsqu'on ne sait plus où on va, le conte peut devenir un repère, une racine (...) qui nous attache à notre humanité* »<sup>3</sup>.

Raconter des histoires, des récits... habitude ancestrale et chevillée à l'âme et au corps des humains, puisque l'histoire est non seulement rêve, mais aussi matérialité : elle prend forme dans les bouches et s'étire dans les oreilles avant de parvenir dans les replis du cerveau.

Dans son essai *L'espèce fabulatrice*, **Nancy Huston** s'attache à répondre à la question « Pourquoi faut-il raconter des histoires ? ». Selon elle, raconter des histoires, c'est enrichir peu à peu les représentations.

Les histoires, les récits, les fictions nourrissent notre vision du monde qui est elle-même fiction. En effet, contrairement aux animaux qui vivent l'instant présent, nous transmuons directement les faits en trajectoire de vie, les relient entre eux. Le besoin de raconter des histoires, à commencer par la sienne, est constitutif de l'espèce humaine. Conter permettrait donc de transmettre des histoires qui sont porteuses de représentations du monde et susceptibles d'enrichir celles des auditeurs. D'autre part, conter c'est ramer à contre-courant dans une société hypermoderne. Conter, c'est se replacer dans une lignée

<sup>1</sup> Et jusqu'il y a peu responsable de projets au service promotion de la santé de la mutualité socialiste ([www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)). Site : [www.murieldurant.be](http://www.murieldurant.be).

<sup>2</sup> Belmont Nicole, *Poétique du conte. Essai sur le conte de tradition orale*, 1999, Gallimard (« Le langage des contes »). Cet ouvrage présente le mécanisme d'élaboration des contes de tradition orale.

<sup>3</sup> Darwiche Jihad, « L'ogresse et le Jasmin », in : de la Salle Bruno et alii, *Pourquoi faut-il raconter des histoires ? Paroles de conteurs (tome 2)*, 2006, Autrement.

(bien que cette lignée ait été brisée par la prégnance de l'écrit). Conter, c'est redonner du sens à la communauté et aux liens sociaux, dans la mesure où le conte n'existe que parce qu'il est dit et écouté. Conter, c'est dire « moins de biens, plus de liens ».

## Conte et promotion de la santé : des points communs ?

L'enjeu de la promotion de la santé n'est pas d'ouvrir les portes aux gens. Il serait plutôt de les accompagner afin qu'ils puissent se constituer le trousseau de clés qui leur permettra d'ouvrir les portes qu'ils ont envie d'ouvrir (et aussi : savoir que ces portes peuvent être ouvertes), afin de vivre en bonne santé<sup>4</sup>. La santé étant ici considérée, bien entendu, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et (...) pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>5</sup>. Comment diable rattacher le conte à cela ? C'est peu dire que cela a nécessité une longue réflexion. Cette réflexion a permis de dégager sept points de contacts. Les propositions qui vont suivre sont une interprétation personnelle, issue de ma pratique de conteuse et de mon expérience dans le secteur de la promotion de la santé. Elles n'entendent pas fermer le sujet, mais au contraire fournir des pistes, qui permettront d'exploiter le conte, avec ses multiples possibilités, dans des projets de promotion de la santé.

### Premier point de contact : le temps

Comprendre ce qu'est la promotion de la santé prend du temps (c'est peu dire que le concept est complexe et demande appropriation). La promotion de la santé est un travail lent. Un projet prend du temps, et ses résultats sont incertains. On dit que la démarche est le plus important... Il en est de même pour le conte ! D'abord pour le conteur. Conteur qui doit d'abord absorber les histoires comme une éponge et doit trouver sa manière à lui de les raconter, qui ne sera pas celle du conteur voisin. Ensuite, le conteur se plongera (lentement, toujours) dans son imaginaire

et laissera les images monter peu à peu... Il offrira ses histoires (et ses images), les polira, les racontera à nouveau, les enrichira de ce qu'il recevra du public. Il se constituera peu à peu un répertoire. Pour le public, écouter prend du temps. Le temps de se poser, le temps d'accepter de sortir de la frénésie ambiante. Conteur, animateur : les histoires et les projets sont des graines semées dont on ne sait si elles fleuriront... mais que le geste de semer est beau !

**L'histoire est non seulement rêve, mais aussi matérialité : elle prend forme dans les bouches et s'étire dans les oreilles avant de parvenir dans les replis du cerveau.**

### Deuxième et troisième points de contact : la participation et la communauté

« ... le conte offre un large champ de significations potentielles aux auditeurs qui ne reçoivent pas le récit passivement : celui-ci continue son travail après avoir été entendu »<sup>6</sup>.

Écouter des contes est action. Cela implique une mise en écoute. Écouter des histoires, c'est accueillir les images et les représentations du conteur, et c'est mettre en branle les siennes. Ce qui distingue le conteur du récitant, c'est le contact avec le public et le don d'images personnelles, par le biais du conte. L'art du conteur consistera à faire voir alors qu'il n'y a « rien » à voir, par les mots porteurs d'images. Le travail se fait dans la tête de ceux qui écoutent : les mots atteignent leurs oreilles, font résonner les tympans et dé-raisonner l'imaginaire. Conter, ce n'est pas donner une information : c'est faire vivre quelque chose, adapter son message à ceux qui l'écoutent,

recevoir le regard et l'énergie du public... La terre à qui la semence est confiée. Un pas plus loin, certains conteurs concluent leurs contes par l'une ou l'autre formule disant en substance ceci : « *Cette histoire, je vous l'ai racontée. Maintenant, prenez-la, faites-la vôtre et allez la répéter* ». Le conte étant originellement perpétué dans l'oralité, le passage des histoires d'un conteur à l'autre était évidemment une des conditions de sa survie.

Étroitement lié au concept de participation, celui de communauté. La communauté du conte existe d'abord en diachronie. En effet, comme dit plus haut, le conte s'est élaboré au fil des siècles, poli et repoli comme un galet. Le conteur est un nain posé sur les épaules de géants qui le précèdent. Et en synchronie : le conte crée la communauté « de-ceux-qui-écoutent-les-mots-du-conteur », ne fût-ce que d'un instant. Est-il utile de préciser aux lecteurs de cette revue que la participation est une des conditions essentielles de la promotion de la santé ? Qu'il a été prouvé que la participation active des publics, à tous les niveaux de l'action, est une des conditions essentielles à la réussite d'un projet ? Et que si une communauté reprend à son compte la problématique engagée, c'est encore mieux ? Je laisse le soin aux auteurs spécialisés de vous convaincre – si besoin est – de l'importance de la participation et de l'action communautaire.

### Quatrième point de contact : le mouvement autour de la norme

« *Ce qui est bien dans la vie n'est pas obligatoirement ce qui est bien, mais ce que la personne qui a l'autorité en la matière définit comme bien* »<sup>7</sup>.

Ah ! La norme en santé ! On en parle, on en reparle. Comment la dé-normaliser ? Comment la faire passer ? Avec le conte, c'est la même chose. Le moment du conte est un moment cadré... entre le « il était une fois » (pas toujours employé d'ailleurs, mais nous entendons par là l'ouverture de l'imaginaire), et la fermeture. Moment de convention, il

<sup>4</sup> Cfr. : *Inégalités Sociales de Santé : fiche générale. (L'outil pédagogique : la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ?)*, décembre 2011, [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

<sup>5</sup> OMS, 1946.

<sup>6</sup> Belmont Nicole, *op. cit.*

<sup>7</sup> Jonasson Jonas, *Le vieux qui ne voulait pas fêter son anniversaire*, 2011, Presses de la Cité.

est aussi le « cassage de conventions ». Le mouvement de renouveau du conte évolue entre ces deux mouvances : le respect de la tradition, du sens du conte, la connaissance de ses origines... et le jeu autour des mots, l'appropriation par le conteur. Le travail du conteur se situe d'une part dans ce travail de collectage, de constitution de son répertoire, et cette appropriation personnelle de l'histoire (fidélité et imagination...).

### Cinquième point de contact : le travail des représentations

« Une représentation c'est ce que les personnes ressentent et pensent (par exemple de la santé, de la prévention, de l'usage de tabac), c'est-à-dire la conception qu'elles en ont »<sup>8</sup>.

Le conteur ne dit pas la réalité telle qu'elle est, mais une vérité : celle de son imagination. Par le conte, à son insu ou presque, c'est une vision du monde qu'il va transmettre. Sa propre représentation. Au cœur des histoires elles-mêmes, les personnages sont porteurs d'une série de représentations. Tel roi refusera qu'un simple berger épouse sa fille, telle famille considèrera l'un des enfants comme un benêt sans atouts, tel héros se croira incapable d'accomplir sa mission. Au fil des événements, caractères, perceptions évolueront... le conte dit des représentations, comportements, caractères qui évoluent.

Dans le champ de la promotion de la santé, le travail sur les représentations apparaît de plus en plus comme un préalable indispensable à tout projet, voire comme le cœur même de l'action.

### Sixième point de contact : le travail des compétences psychosociales

Dans la tradition talmudique, le conte permet de « dénouer les nœuds » que nous avons en nous pour accéder au bonheur. Reformulé en langage « promotion de la santé », on peut dire que le conte met en travail les compétences psychosociales. L'analyse psychanalytique des contes, qui a

ses opposants les plus farouches comme ses défenseurs les plus acharnés, nous dit entre autres que les contes « *donnent aux enfants des mots qui leur permettent de parler de toutes ces émotions qui les submergent et dont beaucoup ne sont pas dicibles, soit parce qu'elles font trop peur, soit parce qu'elles ne sont pas tellement présentables, pas tellement jolies jolies.* » Ils « *offrent une première occasion à l'enfant de confronter ses rêves, ses désirs, à une réalité juste assez lointaine pour ne pas être dangereuse* »<sup>9</sup>.

**Des conteurs vous diront (avec raison) qu'il ne faut pas instrumentaliser le conte. (...) Alors, est-ce une aberration d'utiliser le conte dans le cadre de la promotion de la santé ?**

### La fonction symbolique du conte

Selon **Bruno Bettelheim**, les contes parlent, sous une forme symbolique, des craintes et désirs inconscients de l'enfant face aux parents, face au monde extérieur, face à sa propre violence ou encore face à la sexualité. Le conte permet une approche imagée et réconfortante des autres. Il alimente les fantasmes de l'enfant et, grâce à sa dynamique, efface l'aspect culpabilisant et angoissant. Le décalage entre le réel (vécu par l'enfant) et l'imaginaire (du conte) permet une exploration symbolique du futur dans lequel l'enfant aura la possibilité de se trouver.

### L'éveil par le conte

Dans cette approche, une histoire peut attirer l'attention de l'enfant en le divertissant, en éveillant sa curiosité, en stimulant son imaginaire. Mais pour enrichir sa vie, il faut qu'elle l'aide à développer son intelligence, à voir clair sans ses émotions et à répondre à ses questionnements<sup>10</sup>.

### Septième point de contact : l'empowerment

Parlons de l'empowerment (septième point de contact donc, et terriblement à la mode en promotion de la santé), autrement dit la capacité d'agir.

« *Il y a une dynamique très forte liée à la parole. Se mettre en mouvement par la parole, c'est décisif* »<sup>11</sup>.

Le conte, traditionnellement, était à la portée de tous – bien que les capacités à dire les contes de chacun ne soient pas nécessairement identiques. Comme évoqué plus haut, il est fréquent que les conteurs appellent à ce que les histoires se propagent, à ce que les auditeurs se fassent à leur tour raconteurs. Après la prise de parole, il y a l'appropriation de la parole. Le conte n'est pas récité. Il est passé au prisme de la personne qui conte. On ne raconte pas le « conte du conteur » tel qu'on l'a entendu. Un travail de réappropriation est nécessaire, une digestion façon Montaigne, afin d'avoir la tête bien faite, et non bien pleine d'histoires. Pour établir le lien avec le sujet qui nous occupe, je citerai **Gianni Rodari** (1920-1980, poète, écrivain et journaliste, animateur de nombreux projets participatifs avec des enfants), animé par la conviction que travailler l'imaginaire et donner l'accès aux mots, c'est marcher vers une plus grande justice sociale : « *La parole peut avoir une valeur de libération* ». Tous les usages de la parole pour tout le monde : voilà qui me semble être une bonne devise, ayant une belle résonance démocratique. Non pas pour que tout le monde devienne artiste, mais pour que personne ne reste esclave<sup>12</sup>.

### User du conte sans l'user, en jouer sans l'instrumentaliser...

Choisir le conte comme porte d'entrée pour faire de la promotion de la santé, c'est un sujet qui porte à débat. Des conteurs vous diront (avec raison) qu'il ne faut pas instrumentaliser le conte. Je les rejoins, dans le sens où il importe que le conte reste un moment de plaisir. Il ne faudrait surtout pas que les auditeurs se disent : « Flûte, un conte. Après, on

<sup>8</sup> *Inégalités Sociales de Santé : fiche générale, op. cit.*

<sup>9</sup> Nina Sutton, « Se tenir droit », in : de la Salle Bruno et alii, *op. cit.*

<sup>10</sup> *Les amis de mon jardin. Guide pédagogique et méthodologique*, 1999, Comité d'Éducation pour la Santé Nord-Pas de Calais (CRES NPDC).

<sup>11</sup> Jasmin Nadine, « En mouvement par la parole », in : *La grande oreille. La revue des arts de la parole*, n°42, été 2010, pp.89-91.

<sup>12</sup> Rodari Gianni, *Grammaire de l'imagination*, 2010, Éditions Rue du monde.

va être obligé de débattre. »  
Il serait regrettable que des contes traditionnels, porteurs de significations multiples et nuancées, soient transmués en « contes pédagogiques », sans aucun plaisir d'écoute.

Alors, est-ce une aberration d'utiliser le conte dans le cadre de la promotion de la santé ? Non, certainement pas. Comme nous l'avons vu, les points de contacts sont nombreux, offrant un fertile champ de possibles. À mon sens, conter en promotion de la santé est cohérent... l'animateur est un conteur inventeur : avec ses mots, ses représentations, ses images et ses procédés, il va faire en sorte d'agir sur les représentations des autres.

### Tout d'abord, raconter des histoires, tout simplement...

« 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... »<sup>13</sup>

« ... les êtres humains apprennent et absorbent des idées et des concepts par le biais de narrations, d'histoires, et non de leçons magistrales ou de discours théoriques »<sup>14</sup>.

Tout d'abord, conter et écouter est un plaisir, un moment de joie partagé, d'émerveillement, de curiosité. Le conte, passé aux filtres de multiples conteurs depuis des générations, coloré d'autant d'éléments inconscients, possède de par sa structure narrative même des sens cachés qui permettent de travailler l'imaginaire. En-dessous du sens apparent du récit, se cache un sens symbolique. Rien dans les contes n'est gratuit ! Mais attention : « l'extraordinaire, le merveilleux, on le raconte avec la plus grande précision mais



Photo © Fotolia

on n'impose pas à l'auditeur l'enchaînement psychologique des événements. On le laisse libre d'interpréter la chose comme il l'entend, et ainsi le récit est doué d'une amplitude qui fait défaut à l'information (...) »<sup>15</sup>.

### Toutes les histoires ne racontent pas la même chose<sup>16</sup>

Prenons l'exemple du *Petit chaperon rouge*. Dans la version mise par écrit et « littérisée » par Charles Perrault, le Petit chaperon rouge est une petite fille qui se fait dévorer par le loup. Le conte s'achève sur cette dévoration et sur une morale qui met en garde les jeunes filles « belles, bien faites, et gentilles qui feraient mieux de ne pas écouter les loups « d'une humeur accorte », qui :

« Sans bruit, sans fiel et sans courroux,  
Qui privés, complaisants et doux,  
Suivent les jeunes Demoiselles  
Jusque dans les maisons, jusque dans les ruelles. »

Le conte invite à se méfier et se garder du danger que représentent certains hommes auprès de naïves damoiselles.

La version des **frères Grimm**, sans doute la plus connue aujourd'hui, fait intervenir le chasseur qui sauve la mère-grand et l'enfant, en les tirant du ventre du loup – bien vivantes, quoiqu'un peu sonnées. C'est donc par la grâce d'une intervention extérieure (masculine de surcroît) que

l'enfant et l'aïeule sont sauvées. La version dite « nivernaise » met en scène une fille (son âge n'est pas mentionné, mais on pense plutôt à une jeune fille de 13-14 ans, au sortir de l'enfance) plutôt débrouillarde qui, par son ingéniosité, parvient à se tirer des pattes du loup :  
« Oh ! ma grand, cette grande bouche que vous avez !  
– C'est pour mieux te manger, mon enfant !  
– Oh ! ma grand, que j'ai faim d'aller dehors !  
– Fais au lit mon enfant !  
– Oh non, ma grand, je veux aller

dehors.

– Bon, mais pas pour longtemps.

Le bzu lui attacha un fil de laine au pied et la laissa aller. Quand la petite fut dehors, elle fixa le bout du fil à un prunier de la cour.

Le bzu s'impatientait et disait : « Tu fais donc des cordes ? Tu fais donc des cordes ? »  
Quand il se rendit compte que personne ne lui répondait, il se jeta à bas du lit et vit que la petite était sauvée. Il la poursuivit, mais il arriva à sa maison juste au moment où elle entra. »

On observe donc que le choix de la version qui est racontée induit des choses différentes. Les versions des contes qui circulent peuvent être incomplètes. La version que nous connaissons des *Trois petits cochons* s'arrête généralement sur l'échec du loup à renverser la maison de pierre, sa tentative de passer par le cheminée qui se termine par un atterrissage dans une casserole d'eau bouillante et une soupe de loup pour le repas du cochon. Une autre version, plus longue, présente une étape intermédiaire : après avoir échoué à renverser la maison, le loup essaie de faire sortir le cochon par différents stratagèmes (il l'appâte en lui parlant d'un champ de navets, en lui proposant d'aller à la foire avec lui). Le loup présenté est donc moins imbécile, moins caricatural et le cochon d'autant plus astucieux car il ne tombe pas dans les pièges tendus par le loup. L'histoire ne

<sup>13</sup> Cerisier Bettina, « Palou, le petit garçon qui voulait devenir l'ami du soleil », in : *Éducation Santé*, n° 257, juin 2010.

<sup>14</sup> Ruiz Zafón Carlos, *Le jeu de l'ange*, 2009, Robert Laffont.

<sup>15</sup> Walter Benjamin cité par Belmont Nicole, *op. cit.*

<sup>16</sup> Ce point se base en grande partie sur les enseignements dispensés lors de formation « Écrire autour des contes » (CFA, par Sandra Jacquet), suivie en avril-mai 2010.

raconte donc pas la même chose. Lors de conteries, le choix de l'histoire a un rôle important en fonction des objectifs que l'on veut se donner. Ainsi, lors d'une animation sur la thématique des enlèvements d'enfants, le choix s'est porté sur la version nivernaise du Petit chaperon rouge. En effet, l'idée était de distiller – en douceur – le message que chacun possède des ressources internes face à une situation difficile. La version des frères Grimm, elle, mettra plutôt l'accent sur le fait que des adultes peuvent sortir l'enfant de situations difficiles. La version de Perrault, quant à elle, qui se termine sur la dévoration de l'enfant, ne semblait pas indiquée dans ce cas précis<sup>17</sup>.



Photo © Fotolia

### Ouvrir un débat, permettre une décentration, recueillir et travailler les représentations

Si les histoires peuvent – largement – se suffire à elles-mêmes, elles peuvent également être prolongées par un travail avec un groupe. **Nora Aceval**, conteuse et infirmière scolaire, partage avec nous dans un article une action d'éducation à la sexualité auprès d'adolescents. Extraits choisis qui parlent d'eux-mêmes : « *Il est fondamental que le conte soit raconté et non pas lu. Le conteur sort les élèves de la notion de cours, d'analyse scolaire d'un texte pour les faire entrer dans un espace où opère la magie du conte. [Ils] ne doivent pas voir l'impression de recevoir une leçon. Installés autour du conteur, ils sont conduits hors du temps et de l'espace.*

(...)

*La parole est libre car le jeune ne parlant pas de lui, mais ouvertement des protagonistes du conte qu'il vient d'écouter, ne risque pas d'être jugé par ses camarades.*

(...)

*La magie du conte permet de guider (...) vers des questions secrètes et sans cesse renouvelées par les générations successives<sup>18</sup>.* »

Annonçons d'ores et déjà que dans un

prochain numéro d'*Éducation Santé* un très bel outil pédagogique de recueil des représentations des tout-petits sur base du *Kamishibai*<sup>19</sup> vous sera présenté.

### Se réapproprier la parole : le recueil de parole et la création de contes

Reprenons les propos de Gianni Rodari cités plus haut, « *la parole peut avoir une valeur de libération* ». Dans une logique d'empowerment, la maîtrise de la parole est d'une importance capitale.

Rappelons une des caractéristiques principales du conte : il est issu d'une tradition orale et élaboré dans l'oralité. Si l'on oublie l'écrit, si l'on se rattache à cette caractéristique purement orale du conte, il peut être un outil d'ouverture et de valorisation de la parole.

Ainsi, lors d'un projet mené avec des seniors précarisés, l'approche « conte » a constitué un levier mobilisateur. Le projet de création d'un conte collectif, autour de la notion de solidarité, a été mené presque exclusivement dans l'oralité.

Ce choix a été posé parce qu'il se rapprochait le plus de l'essence du conte. L'évaluation des séances a dégagé différents points. Premièrement, le conte a suscité une réaction émotionnelle liée à

des souvenirs d'enfance. Les participants se sont sentis impliqués et ont apprécié les séances. Deuxièmement, le détachement par rapport à l'écrit a apparemment pu lever certains blocages et a permis aux participants de déployer leur imaginaire et d'apporter un ensemble d'éléments pour la création collective du conte. Troisièmement, la parole a été ouverte : débat pour savoir quels éléments seraient gardés dans le conte, échange d'idées autour de la thématique de la solidarité (la discussion continuant parfois lors des pauses et après les séances). Quatrièmement, la mise par écrit et la diffusion (même modeste) et la production d'un CD ont permis la valorisation de cette parole issue des participants<sup>20</sup>.

### Conclusion

Entre le conte dit « juste pour le plaisir » et qui par toutes les caractéristiques qui l'habitent, agira sur celui qui écoute et les projets élaborés autour du conte (prolongation du conte par la discussion, le débat ou d'autres pistes pédagogiques... le tout sans dénaturer le conte, en lui conservant son aspect « plaisir », sans le transformer en source de contraintes), la gamme est large, la palette est variée, le camaïeu est nuancé...

Comment conclure, si ce n'est par un conte ? Écoutez donc une histoire de Nasrédine, le sage qui était fou (ou le fou qui était sage...):

*Nasrédine plante un pommier dans son jardin. Le sultan passe justement devant le jardin à ce moment-là. Il éclate de rire et interpelle Nasrédine : « Tu te donnes bien de la peine. Pourquoi ? Tu ne mangeras jamais les fruits de ce pommier. Tu sais bien que tu mourras avant qu'il ne commence à produire des pommes. »*

*Nasrédine lui répond : « Sultan, nous mangeons les fruits des pommiers plantés par nos pères, et nos enfants mangeront les fruits des pommiers plantés par nous. »*

<sup>17</sup> Notons que si les contes ne disent pas la même chose, il n'en est pas qui doivent être jetés ! La version de Charles Perrault présente une grande qualité littéraire. Certains parlent des angoisses de dévoration des tout-petits qu'elle évoque. Pour une lecture passionnée de cette version, on se référera à l'ouvrage d'Anne-Marie Garat : *Une faim de loup. Lecture du Petit chaperon rouge*, 2004, Actes Sud.

<sup>18</sup> Aceval Nora, « Le conte au service de l'éducation à la sexualité », in La grande oreille. La revue des arts de la parole, n° 42, été 2010, pp. 90-93.

<sup>19</sup> Le *kamishibai* (littéralement : « pièce de théâtre sur papier ») est une sorte de théâtre ambulant d'origine japonaise où des artistes racontent des histoires en faisant défiler les images devant les spectateurs.

<sup>20</sup> Pour lire le conte issu de cet atelier : <https://muuryelecritecrit.wordpress.com/> (menu : ateliers > textes d'atelier). L'évaluation des impacts à long terme ne pourra pas vous être livrée ici, dans la mesure où le projet est toujours en cours.

# Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : de nouvelles perspectives pour 2013 ?

Fadila Laanan

**Voici la réponse de Fadila Laanan à une interpellation d'André du Bus le 8 janvier 2013 en Commission de la Culture, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la presse, du Cinéma, de la Santé et de l'Égalité des chances du Parlement de la Communauté française quant à l'évolution de ce dossier très important pour le secteur de la promotion de la santé.**

« En réponse aux dernières interpellations sur le rapport d'évaluation et la réforme des dispositifs de promotion de la santé, tels que souhaités par la Déclaration de politique 2009-2014 de la Fédération Wallonie-Bruxelles, je vous faisais part de mon intention d'assurer une concertation maximale avant de soumettre au Gouvernement une première version d'un avant-projet de décret.

Un premier texte complet a été transmis au Comité de liaison<sup>1</sup> le 27 juin 2012.

Ce texte a fait l'objet d'un processus d'échanges avec les membres du Comité de liaison et a abouti à des recommandations, des pistes d'amendement pour certaines dispositions. Elles ont, pour la plupart, pu être intégrées.

Par ailleurs, un examen légistique a été réalisé portant sur des vérifications techniques, notamment quant aux conditions fixées pour accueillir le personnel en provenance d'autres structures au sein du futur organisme d'intérêt public.

Complémentairement, mon Administration et le Centre d'expertise juridique de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont également procédé à une lecture minutieuse et ont formulé des propositions d'amendement.

Il est tout à fait correct que j'avais l'intention de déposer un avant-projet de décret en première lecture au Gouvernement pour la fin de l'année 2012. Je dispose d'ailleurs de tous les éléments utiles pour concrétiser cette action.

Toutefois, vous savez que des discussions intra-francophones se déroulent actuellement sur le transfert des compétences.

Compte tenu de ces discussions, il ne me paraît pas pertinent de déposer un avant-

projet de décret tant qu'elles sont en cours.

En effet, vu l'avancement des travaux de part et d'autre, cela reviendrait à mener deux réformes successives dans le secteur, créant une grande instabilité dans les emplois et dans le service offert à nos citoyens. Il est donc préférable de patienter avant de poursuivre le travail.

**(...) la qualité des services et le travail des acteurs de terrain ne devraient pas être affectés pendant les discussions intra-francophones. J'ai en effet pris les dispositions nécessaires pour garantir la continuité des services.**

L'organisme de pilotage fait partie intégrante de l'avant-projet de décret en cours. Dès lors, vous comprendrez que les démarches qui seront entreprises s'envisageront également à l'issue des discussions intra-francophones.

Ceci étant précisé, la qualité des services et le travail des acteurs de terrain ne devraient pas être affectés pendant les discussions intra-francophones. J'ai en effet pris les dispositions nécessaires pour garantir la continuité des services.

Ainsi, un avant-projet de décret modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé est actuellement à l'examen du Conseil d'État. Il prévoit de prolonger le programme

quinquennal de deux ans, soit jusqu'au 31 décembre 2014. Il prévoit également de prolonger les agréments des centres locaux de promotion de la santé (CLPS) et des services communautaires de promotion de la santé (SCPS) venant à échéance en 2013. Quant aux programmes pluriannuels de promotion de la santé qui viendront à échéance cette année, ils seront prolongés d'un an s'ils répondent aux conditions d'éligibilité (c'est-à-dire de validité de leur demande pluriannuelle) et s'ils bénéficient d'avis favorables.

Plus particulièrement, sur la question du préavis qui est donné à certains employés, je tiens à souligner qu'il s'agit d'une décision qui appartient aux conseils d'administration des opérateurs. Cette décision n'est en outre pas spécifiquement liée à la réforme du secteur de la promotion de la santé mais bien au contexte économique difficile qui ne permet pas au Gouvernement de s'engager dans un subventionnement à durée indéterminée. Certains opérateurs prennent systématiquement une telle mesure à titre conservatoire, à chaque échéance d'agrément ou de convention.

Néanmoins, mon souhait est de protéger au maximum l'emploi des travailleurs du secteur de la promotion de la santé.

À ce stade, je peux vous informer que l'entrée en vigueur du futur décret de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles sera progressive. Une période transitoire sera prévue de façon à éviter les ruptures dans les contrats des travailleurs des organismes concernés par la réforme et dans les services offerts aux citoyens. »

<sup>1</sup> Il s'agit du Comité de liaison mis en place l'an dernier entre le Cabinet de la Santé et le Conseil supérieur de promotion de la santé (voir l'article de C. De Bock, Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : état des lieux, Éducation Santé n° 284, page 10 et 11, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1536>)

# La promotion de la santé en photos...

Une initiative du CLPS Charleroi-Thuin

Carole Feulien

**C'est dans le cadre du projet « Culture et bien-être »<sup>1</sup> du Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin et de ses partenaires<sup>2</sup> qu'est né, en septembre 2011, le concours de photos « Ma santé, c'est... » sur le thème peu commun des déterminants de la santé...**

À cette occasion, les participants étaient invités à prendre en photo des situations représentant des déterminants de la santé (voir encadré). Les objectifs poursuivis étaient évidemment d'amener les participants à réfléchir à leurs représentations de la santé et à se pencher sur les facteurs qui la déterminent et l'influencent. Il leur était ensuite demandé de mettre en images le résultat de leur réflexion grâce à une technique artistique, en l'occurrence, la photographie.

Le concours était ouvert à tout groupe (scolaire ou association) de l'entité de Charleroi-Thuin. Les personnes ont pu faire appel gratuitement à une aide technique, logistique ou méthodologique si elles le souhaitaient. Sur le plan technique, il leur a été proposé l'intervention d'un photographe professionnel pour des séances d'initiation au langage photographique et à l'utilisation d'un appareil photo<sup>3</sup>. Des ateliers photo ont également été organisés par le Musée de la Photographie. Des animations visant la sensibilisation au concept de déterminants de la santé ont enfin été mises sur pied par les partenaires du projet.

Huit groupes ont participé au concours, parmi lesquels deux groupes scolaires de l'enseignement secondaire<sup>4</sup> et six groupes issus du monde associatif<sup>5</sup>.

Le jury était quant à lui composé de professionnels du secteur de la promotion de la santé, du monde artistique et de représentants de la population

carolorégienne. Il s'est chargé de sélectionner 15 photos représentatives de l'ensemble des productions et pouvant constituer une exposition itinérante à visée didactique sur les déterminants de la santé.

Les projets ont été appréciés sur plusieurs aspects : l'originalité, la qualité esthétique, le lien avec les déterminants de la santé et la clarté du message transmis. Au final, trois premiers prix<sup>6</sup> ont été décernés lors d'une cérémonie officielle dans la salle du conseil communal de la Ville de Charleroi :

- le premier à l'Espace Santé de Dampremy pour sa photographie en noir et blanc d'une main tendue aux traits profonds qui traduit la pauvreté avec beaucoup d'intensité ;
- le deuxième à la photographie originale et colorée due aux élèves de 6<sup>e</sup> humanité du Centre scolaire Saint-Joseph – Notre-Dame de Jumet, qui ont illustré de manière sympathique l'alimentation et l'activité physique ;
- et le troisième à l'asbl ALTEO de Charleroi qui a choisi de représenter la condition de

### Quels déterminants illustrer ?

Les déterminants de la santé ont été définis, pour faciliter la tâche des participants, comme « *les circonstances dans lesquelles nous venons au monde, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances influençant notre état de santé.* »

Ils ont ensuite été regroupés par thèmes :

- Style de vie (alimentation, dépendances, activité physique/sédentarité, comportements à risque, maladies transmissibles)
- Facteurs biologiques (âge, sexe, facteurs génétiques/patrimoine génétique)
- Environnement socio-économique (sentiment de sécurité et de bien-être,

éducation/formation, emploi/revenu, conditions de travail, stress, conditions de logement, liens intergénérationnels, discriminations, acculturation/perte d'identité, dignité/estime de soi, reconnaissance sociale, lien social)

- Environnement naturel/physique (air, eau, bruit, odeur, climat/changements climatiques, déchets, rayonnement, utilisation du territoire, environnement sûr, environnement intérieur, énergie, paysage)
- Services publics (accès à l'information, accès aux services collectifs)
- Citoyenneté/participation (mise en cohérence des politiques publiques, participation publique)

<sup>1</sup> Projet ayant pour objectifs la sensibilisation du grand public à la promotion de la santé, et des professionnels du secteur à l'utilisation d'outils culturels dans leur travail de terrain.

<sup>2</sup> La Mutualité chrétienne du Hainaut oriental, la Mutualité socialiste, l'Échevinat de la santé de la Ville de Charleroi et l'asbl Carolo Prévention Santé.

<sup>3</sup> Via la Direction des Affaires culturelles de la Province du Hainaut.

<sup>4</sup> Les élèves de 4<sup>e</sup> humanité du Collège Notre-Dame de Bon Secours de Binche et les élèves de 6<sup>e</sup> humanité du Centre scolaire Saint-Joseph – Notre-Dame de Jumet.

<sup>5</sup> L'Espace Citoyen de Dampremy, le Plan de Cohésion sociale et le CPAS d'Anderlues, le Mouvement social des aînés de Gilly (deux groupes), « La Braise Culture » asbl à Charleroi, et ALTEO asbl, mouvement social de personnes malades, valides, handicapées, de Charleroi.

<sup>6</sup> Livres photos et entrées pour le Musée de la Photographie de Charleroi.

la personne handicapée, avec cette lueur d'espoir que sont ces deux ombres de fauteuils roulants sur leur cliché. Touchant... Cerise sur le gâteau pour ces trois lauréats et pour tous les autres participants, leurs photographies ont été exposées au Musée de la Photographie de Mont-sur-Marchienne. Elles seront également visibles lors d'événements divers liés à la santé et pourront servir à des fins pédagogiques. Ce concours était l'occasion unique d'une rencontre entre création culturelle et promotion de la santé. Il mériterait d'être repris par d'autres localités pour son intérêt éducatif. En attendant, il aura permis, à Charleroi, de susciter la réflexion personnelle et collective, d'encourager la créativité et de



6<sup>e</sup> du Centre scolaire Saint-Joseph-Notre-Dame de Jumet

faire découvrir des ressources nouvelles pour les actions de terrain. Cette initiative s'est inscrite dans la volonté de donner à toutes les personnes, groupes et communautés, les moyens d'agir sur leurs milieux de vie pour préserver et améliorer leur santé et leur bien-être, cela méritait bien un petit coup de chapeau de notre part !

Pour plus d'informations sur le projet : Nancy Peltier, Chargée de projets, CLPS Charleroi-Thuin, Avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. : 071 33 02 29, fax : 071 30 72 86, courriel : [nancy.peltier@clpsct.org](mailto:nancy.peltier@clpsct.org). Internet : [www.clpsct.be](http://www.clpsct.be).

## Outils

# La parentalité

*Les carnets du Professeur Zoulouck*, un outil pratique, clé en main, pour des professionnels désireux d'animer un groupe de parents. À partir des différents supports (DVD, carnet illustré), chaque participant est amené à questionner ses peurs, ses difficultés.

### Description

#### Matériel

- Un carnet illustré
- Un DVD avec l'enquête du Professeur Zoulouck
- Un mode d'emploi à destination des professionnels

#### Concept

À partir des différents supports qui composent l'outil, chaque participant est amené à questionner ses peurs (de confier son enfant à quelqu'un d'extérieur, des mauvaises fréquentations, de l'échec...), ses difficultés à mettre des règles et des limites. L'enquête du Professeur Zoulouck met

en scène et en perspective le thème de la parentalité dans le but d'interpeller l'auditoire, de l'amener à réagir, à parler de lui et à se questionner sur son propre fonctionnement. Avec en toile de fond cette question centrale : comment construire progressivement de l'autonomie de manière à ce qu'un jour nos enfants puissent voler de leurs propres ailes ?

#### Objectifs

Amener chacun à se questionner sur ses peurs vis-à-vis de ses enfants, à faire la part des choses entre les peurs légitimes de parents et celles qui le sont peut-être moins, à s'interroger en particulier sur ses difficultés à mettre des règles et des limites. Cet outil permet donc de produire des prises de conscience, des déclics, du changement rapidement : sortir de l'isolement ; dédramatiser, déculpabiliser, en montrant aux parents qu'ils ne sont pas les seuls à avoir des difficultés ; exprimer, échanger, partager son expérience, ses ressources, ses compétences avec d'autres parents, se sentir reconnu en tant que parent.



#### Conseils d'utilisation

Il est recommandé d'obtenir un livret personnalisé pour tous les participants, pour qu'ils gardent une trace du travail accompli dans le cadre du groupe de paroles, et afin qu'ils se sentent valorisés (livrets participants disponibles chez l'éditeur). À la dernière séance, une fois les petits défis réalisés, les participants apposent leur empreinte sur leur livret.

## Bon à savoir

Le ton humoristique de cet outil permet de travailler sur la parentalité sans culpabiliser les participants. Cet outil a été élaboré sur le terrain avec des parents et professionnels à partir de leur quotidien. Les espaces d'entraide à partir de cet outil sont basés sur la dynamique de groupe et sur l'idée simple que partager son expérience de parent permet de prendre conscience des limites et des richesses de son fonctionnement et de voir qu'il y a d'autres manières de fonctionner. Cela commence par partager et reconnaître ses peurs, ses difficultés afin d'envisager qu'il est possible de les dépasser en se lançant des défis mesurés, réalistes.

*Pour aller plus loin, vous trouverez une sélection de références sur la parentalité dans la PIPSaBox « Soutien à la parentalité - Enfants 0-3 ans »*

## Où trouver l'outil

Il coûte 24,50 euros. Il est disponible chez l'éditeur : Association Laisse Ton Empreinte, 85 rue Masséna, 59800 Lille.

Tél. : +33 (0)3 20 30 86 56. Courriel : [communication@laissetonempreinte.fr](mailto:communication@laissetonempreinte.fr).  
Internet : <http://www.laissetonempreinte.fr>

Les CLPS de Liège, du Brabant wallon, de Huy-Waremme, de Namur ainsi que l'Outilthèque provinciale en promotion de la santé de Namur (Tél. : 081 77 67 99. Courriel : [outiltheque.promotionsante@province.namur.be](mailto:outiltheque.promotionsante@province.namur.be)) peuvent vous prêter cet outil.

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

La Cellule d'experts de PIPSA a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.

## Appréciation globale

La manière dont l'outil a été construit est en soi déjà d'un grand intérêt (groupes de parole, expérimentation, évaluation, adaptation suite à l'évaluation). Ce processus, décrit dans le mode d'emploi, a permis de dégager deux grandes questions (les peurs et les limites), en prise directe avec une réalité de terrain.

La démarche proposée (groupe de parole et défis) met en avant et exploite les ressources des participants. Le groupe en devient lui-même une, qui permet de construire des compétences collectives et de chercher les ressources internes aux personnes. Les balises pour un cadre sécurisant (règles de confidentialité, respect de la parole de chacun, etc.) ne sont pas proposées dans le manuel. Il est indispensable que l'animateur approfondisse ces points avant de se lancer dans l'animation.

Les « défis » permettent d'inscrire la démarche dans une durée. Cependant, ils demandent à être reformulés par le groupe et l'animateur, afin de les rendre opérationnels. Le manuel aborde la question de la posture du professionnel par rapport à son public (distance, cadre) de manière claire, concise et complète. L'animateur est invité à se questionner sur son rôle dans le groupe, sur sa vision de la parentalité et sur ses propres valeurs.

Le DVD proposé pour amorcer les séances

pourrait être inadapté pour certains publics (langage très professionnel, humour grinçant). La BD est plus complète que le DVD et aborde des questions très pertinentes (par exemple : la culpabilité) qui ne sont pas évoquées dans le DVD.

## Objectifs

- Amener les participants à prendre conscience de leur propre fonctionnement en tant que parents (à propos des peurs et des limites).
- Amener les participants à s'exprimer sur ce sujet et à partager leurs expériences dans un groupe de parole.
- Amener les participants à identifier leurs difficultés vis-à-vis de leurs enfants.
- Induire des changements de comportement chez les participants, en leur proposant des défis.

## Public cible

Adultes parents, avec un certain niveau de compréhension de la langue française (oral et écrit).

## Utilisation conseillée

Préparer des questions pour lancer la discussion lors des groupes de parole. Continuer les séances sur un plus long terme que les 4 à 8 séances proposées dans l'animation.

La méthodologie du groupe de parole et le carnet pourront être utilisés, moyennant adaptations, pour certains publics spécifiques.

## Lu pour vous

# 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé

Anne Le Penneec

**Animez un jour une séance de groupe de promotion de la santé : vous comprendrez que l'exercice ne s'improvise pas et remerciez les auteurs de ce guide de vous livrer sur un plateau les clés d'une intervention réussie...**

Le titre n'est peut-être pas très sexy mais il est explicite. De fait, cet ouvrage est avant tout un guide pratique pour les

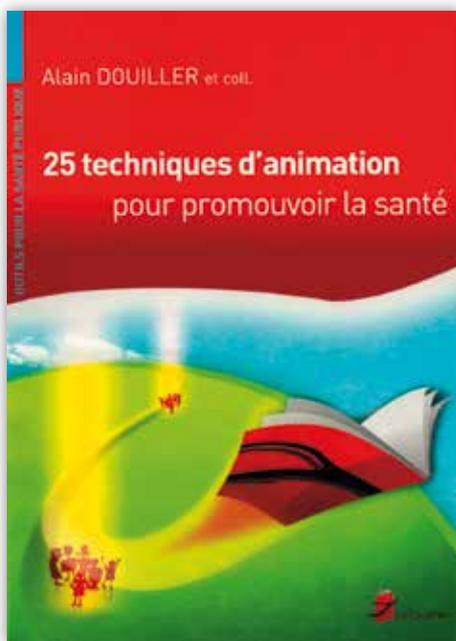
intervenants en promotion de la santé, publié par la jeune maison d'édition *Le Coudrier*, dans sa collection *Outils pour la*

*santé publique*. Son auteur principal, **Alain Douiller**, dirige actuellement le Comité d'éducation pour la santé du Vaucluse.

Ses six complices d'écriture sont également formateurs en éducation et promotion de la santé. « Pour concevoir cet ouvrage, expliquent-ils, nous avons dans un premier temps recensé toutes les techniques d'animation que nous avons expérimentées, comme animateurs ou participants. Puis nous avons sélectionné celles qui nous sont apparues les plus opérantes et les plus utiles : celles dont nous nous servons réellement et que nous nous sentons prêts à recommander. » Point d'exhaustivité donc mais le label "testé et approuvé" pour les 25 techniques retenues (26 en réalité). Chacune fait l'objet d'une fiche détaillée, très concrète, reprenant toujours les mêmes items choisis pour leur intérêt pratique. Rassemblées au cœur du livre, ces pages offrent une vue synthétique, donc précieuse, des outils à disposition, de leur intérêt, de ce qu'on peut en attendre, du public concerné, des moyens et conditions nécessaires au bon déroulement de la séance, des précautions à prendre, etc. Les habitués des séances de promotion de la santé retrouveront certainement de vieilles connaissances, les redécouvriront parfois, tandis que les novices puiseront un tas d'idées pour concevoir leurs premières interventions. Fidèles à leur souci de faire court et d'être utiles aux intervenants, les auteurs livrent deux tableaux supplémentaires. L'un référence les techniques en fonction des objectifs d'animation poursuivis. L'autre liste les objectifs accessibles à partir de chaque technique.

## À lire absolument avant la page 63

Un tel effort de pédagogie est déjà louable en soi. Mais le principal atout du livre est ailleurs, dans ces paragraphes qui précèdent les fiches et invitent subtilement le lecteur à prendre de la hauteur. La première partie de l'ouvrage propose de (re)situer la démarche d'animation dans le contexte singulier de la promotion de la santé et de la charte d'Ottawa. Les auteurs traduisent ainsi leur intention de « *poser les jalons de l'utilisation des techniques présentées* » et d'« *apporter au lecteur novice ou extérieur au secteur [de la promotion de la santé, ndlr] les principaux*



*éléments utiles à sa réflexion* ».

Les plus expérimentés apprécieront la piqure de rappel. Avec tact, Alain Douiller et ses collaborateurs amènent à s'interroger sur le sens des interventions en promotion de la santé et les valeurs qui les sous-tendent. « *On sent dans cet ouvrage et dans sa construction la volonté de suggérer sans imposer, en respectant l'autonomie des lecteurs dans leur démarche d'appropriation* », commente **Bertrand Garros**, président de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) qui signe la préface. Et de souligner qu'il « *illustre ainsi avec pertinence et finesse l'esprit même de la promotion de la santé.* » Les auteurs disent avec simplicité la force mais aussi les limites de ces interventions, la vigilance particulière qu'impose d'intervenir sur des sujets de santé, la nécessaire posture bienveillante et

engageante de l'animateur. Ils rappellent ce que sont le principe de participation, la dynamique de groupe et tous les bénéfices qu'on peut en tirer en les maniant avec discernement.

« *Les techniques d'animation de groupe, comme certains outils d'intervention, parce qu'ils favorisent la parole et l'expression, renforcent les risques de dévoilement, d'exposition de soi* », expliquent-ils.

« *La puissance de ces techniques fait aussi leur danger. (...) L'animateur doit donc prendre en compte ces risques, être vigilant, respecter les silences et les refus de prise de parole.* »

Plusieurs petits encadrés discrets récapitulent ici ou là les questions à se poser en amont d'une intervention ou la dizaine de recommandations des auteurs pour réussir des interventions. Concernant l'évaluation, elle est mentionnée dans les objectifs possibles pour quelques-unes des techniques présentées. Un court chapitre lui est par ailleurs dédié en fin d'ouvrage, dans la partie "Pour aller plus loin", et donne des clés pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs ainsi que la satisfaction des participants. Pour qui ? « *Pour soi-même d'abord : l'évaluation permet de progresser, de mesurer les points positifs qui renforcent la confiance, et aussi de cerner les axes d'amélioration et de vigilance* », répondent Alain Douiller et ses collaborateurs.

*25 techniques d'animation pour promouvoir la santé, Alain Douiller et coll., Éd. Le Coudrier, 2012. 191 pages.*

## Les 26 fiches par ordre d'apparition

|                        |                         |                              |
|------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Présentation croisée   | Mur écrit               | Pyramide                     |
| Portrait chinois       | Focus group             | Carte mentale                |
| CV imaginaire          | Ciné santé              | Petits papiers               |
| Blason de présentation | Dadoo village           | Abaque de Régnier            |
| Blason des idées       | Doutes et certitudes    | Scénario catastrophe         |
| Écouter, écouté        | Jeu de la ligne         | Jeu de la tentation          |
| Brainstorming          | Pour/neutre/contre      | Échelle du temps             |
| Photolangage           | Tour de table des idées | Technique d'évaluation orale |
| Autour du mot          | Jeu des enveloppes      |                              |

À l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la pauvreté 2012, le programme européen Génération en santé<sup>1</sup> a produit des données transfrontalières sur les inégalités sociales de santé. Il s'agit là d'un nouveau chapitre du *Tableau de bord transfrontalier de la santé*<sup>2</sup>, après celui qui fut consacré à la santé des seniors et aux cancers.

Ce nouvel état des lieux permet une réflexion sur le lien existant entre les déterminants sociaux et la santé. Il concerne une zone comprenant les provinces belges de Hainaut, de Namur et de Luxembourg et les régions françaises de Picardie, du Nord - Pas-de-Calais et de Champagne-Ardenne. De nombreuses études ont montré un lien fort entre les conditions socioéconomiques et la santé. Dans un territoire confronté à de nombreux problèmes sociaux comme c'est le cas pour la zone couverte par *Génération en santé*, cette question est encore plus prégnante. Dans la zone étudiée, le nombre de diplômés de l'enseignement supérieur, le revenu médian, la part d'actifs demandeurs d'emplois et le nombre de logements sociaux par habitant sont tous en défaveur du côté belge de la zone par rapport au reste du pays, et du côté français de la zone comparativement à la France hexagonale. Or, on sait qu'en Belgique, en 2001, il existait un écart de 6 ans pour les femmes et 7 ans pour les hommes entre l'espérance de vie à 25 ans d'une personne sans diplôme et d'une personne ayant fait des études supérieures. Pour l'espérance de vie en bonne santé, l'écart atteignait 18 ans en 2004 pour les deux sexes. En France, au milieu des années 90, la différence d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers atteignait 8 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes. Ces différences sont en augmentation depuis les années 80. Les inégalités sociales de santé apparaissent dès l'enfance et se marquent tout au long de la vie à travers le cadre de vie, l'éducation,



le statut économique, le logement, l'efficacité des systèmes de prévention et de traitement des maladies. Il paraissait donc intéressant de voir comment les facteurs socio-économiques influençaient la santé dans la zone transfrontalière.

### Peu de diplômés de l'enseignement supérieur

Le taux de diplômés de l'enseignement supérieur est de 30 % dans la zone étudiée, ce qui est inférieur aux valeurs nationales française (35 %) et belge (39,2 %). Or, on l'a vu, une personne de 25 ans disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur peut espérer vivre 18 ans de plus en bonne santé que quelqu'un du même âge sans qualification. Ce chiffre reflète parfaitement l'importance que revêt le niveau d'éducation pour la santé d'une personne.

### Revenu médian faible et nombreux demandeurs d'emploi

Le revenu médian est, de part et d'autre de la frontière, inférieur aux moyennes nationales respectives. On peut cependant noter la présence de trois pôles économiques ayant une influence sur les territoires adjacents : la Flandre, l'Île-de-France et le Grand-Duché du Luxembourg. En effet, les seuls départements ou provinces étudiés ayant un revenu médian supérieur à la moyenne nationale sont frontaliers de ces pôles. Par ailleurs, que l'on observe le chômage selon la définition du Bureau international du travail ou bien le taux de demandeurs d'emploi en fin de mois, on observe dans la zone étudiée des valeurs nettement supérieures aux niveaux nationaux respectifs. Ce phénomène touche chaque côté de la frontière, mais tout particulièrement la province de Hainaut côté belge, et les départements du Nord et du Pas-de-Calais côté français.

### Beaucoup de logements sociaux

Sur la zone, on observe une moyenne de 70 logements sociaux pour 1 000 habitants. Il s'agit là d'un chiffre similaire à la situation française dans son ensemble mais qui est, par contre, près de trois fois supérieur à ce qui est observé en Belgique (27 logements pour 1 000 habitants). Un lien fort associe la proportion des catégories sociales défavorisées et le nombre de logements sociaux dans une zone. Les départements de la Marne, du Pas-de-Calais sont particulièrement concernés

<sup>1</sup> Le programme *Génération en santé* (Interreg IV) porte sur l'observation et la promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie ([www.generationensante.eu](http://www.generationensante.eu)). Voir l'article 'Génération en santé 2008-2012 : un programme qui mobilise neuf partenaires en France et en Belgique, *Éducation Santé* n° 244, avril 2009, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1099>.

<sup>2</sup> Le *Tableau de bord transfrontalier de la santé* (TBTS) aborde les thématiques de santé publique suivantes : la santé des seniors, les cancers, les maladies cardiovasculaires, les inégalités sanitaires et sociales, la santé au travail et la santé et l'environnement.

avec un nombre de logements sociaux pour 1 000 habitants nettement plus élevé que dans les autres départements français. Côté belge c'est la province de Hainaut qui présente le plus grand nombre de logements sociaux.

## Un lien fort entre niveau social et mortalité

Une classification a été réalisée au travers d'une batterie d'indicateurs socioéconomiques (revenu médian, proportion de familles monoparentales, pourcentage de demandeurs d'emploi par rapport à la population active, bénéficiaires d'allocations sociales (RMI, RI) et pourcentage de diplômés

de l'enseignement supérieur). Les arrondissements ont été répartis en quatre classes allant des plus favorisés aux plus défavorisés. Ainsi, la classe 1 est constituée de la Flandre occidentale et de certains arrondissements de la Marne et de l'Oise. La classe 2 est principalement constituée des arrondissements périphériques de la zone. Les classes 3 et 4 se situent au centre de la zone, à la frontière, avec les provinces de Hainaut, de Namur et le département du Nord. Différents taux standardisés de mortalité ont ensuite été calculés pour chaque classe créée. Il en ressort que les arrondissements de la classe 4 (la plus défavorisée) sont caractérisés en moyenne par des taux

de mortalité générale, prématurée, par cancers, par maladies de l'appareil circulatoire, par maladies de l'appareil respiratoire et par causes non naturelles significativement supérieures à ceux de la classe 1 (la plus favorisée). Cette constatation est valable chez les hommes, mais aussi chez les femmes (exception faite de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire).

De nombreux autres facteurs ont un effet sur ces différences, cependant il semble clair ici que les arrondissements les plus défavorisés socialement et économiquement sont aussi les arrondissements présentant les plus mauvais indicateurs sanitaires.



## LA Santé de l'homme

La Santé de l'homme n° 416 – novembre-décembre 2011

### Étude

Une évaluation des politiques de lutte antitabac menées en 2007 et 2008, *Romain Guignard, François Beck, Antoine Deutsch*

### Dossier. Se former et former en promotion de la santé

Introduction, *Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier*

Se former en promotion de la santé : des clés pour comprendre, *Emmanuelle Hamel, Jeanine Pommier*

Promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique du patient : une base de données sur les formations universitaires, *Stéphanie Regat, Elara Aranha de Lima*

L'approche par compétences, pour quels changements ? *Cora Brahimi, Céline Farley*

« En promotion de la santé, le lien entre la recherche et la formation est fondamental » entretien avec *Éric Breton*

Éducation et promotion de la santé : bientôt des référentiels aux niveaux français et européen, *Jérôme Foucaud, Claire Blanchard, Sara Debenedetti, Barbara Battel-Kirk, Margaret M. Barry*

La promotion de la santé dans les formations

initiales : accompagner le changement, *Christine Ferron, Cathy Bourhis*

Formation pour les acteurs du volet santé de la politique de la ville, *Viviane Bayad*

Autonomie des personnes âgées : une formation en promotion de la santé pour les aides à domicile, *Lucette Barthélémy*

« Aider la personne sur ce qu'elle sait le mieux faire » entretien avec *Gilles Vangrevelynghe*

Promotion de la santé et autonomie des personnes âgées : une formation sur mesure pour les aides à domicile, *Célia Larochelle, Laurence Boudy*

Le premier master de santé publique enseigné à distance intègre une spécialité de promotion de la santé, *Dominique Billot, Jean-François Collin, Francis Guillemin, Serge Briançon*

Éducation et promotion de la santé : une formation à distance pour les professionnels du milieu scolaire, *Crane Rogers, Dominique Berger*

Enquête sur la formation en promotion de la santé en Amérique centrale et latine, *Hiram Arroyo, Jeanine Pommier*

« La promotion de la santé nécessite de travailler sur nombre de déterminants » entretien avec *Cheikh Tidiane Athié*

Pour en savoir plus, *Laetitia Haroutunian, Emmanuelle Hamel*

### Qualité de vie

« Faire changer le regard porté sur la sexualité et le handicap » entretien avec *Jeannine Langleur et Christine Legrand*

### Enquête

Une forte baisse du temps de sommeil au cours de l'adolescence, *François Beck, Jean-Baptiste Richard, Emmanuelle Godeau, Damien Léger*

« Internet et le téléphone grignotent le sommeil des jeunes » entretien avec *Damien Léger*

### Lectures

*Sandra Kerzanet*

Les nouveaux numéros de *La Santé de l'Homme* sont intégralement accessibles sur Internet, à partir du site de l'Inpes : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires des numéros parus et index depuis 1999, et, prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



# Sommaire

## Initiatives

- 2 Prévenir la cyberdépendance chez les moins de 12 ans, c'est tout un art ! par *Colette Barbier*
- 3 La contraception, business utile et rentable, par *Carole Feulien*
- 5 Icaps : le grand bond en avant, par *Anne Le Pennec*
- 7 10 ans d'existence de l'Agence Intermutualiste, par *Christian De Bock*

## Réflexions

- 8 Raconte-moi... la promotion de la santé, par *Muriel Durant*

## Stratégies

- 13 Réforme de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : de nouvelles perspectives pour 2013 ? par *Fadila Laanan*

## Locale

- 14 La promotion de la santé en photos... Une initiative du CLPS Charleroi-Thuin, par *Carole Feulien*

## Outils

- 15 La parentalité

## Lu pour vous

- 16 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé, par *Anne Le Pennec*

## Données

- 18 Les inégalités sociales de santé en transfrontalier, par *Génération en santé*

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré à ce numéro :** Colette Barbier, Muriel Durant, Carole Feulien, *Génération en santé*, Fadila Laanan, Anne Le Pennec

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

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

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design), Christian De Bock (animation).

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

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

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

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

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

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

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 2 100 exemplaires.

**Diffusion :** 2 000 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

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

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

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

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la Plate-forme

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

# Education Santé



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-  
Bruxelles finance cette revue



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



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

