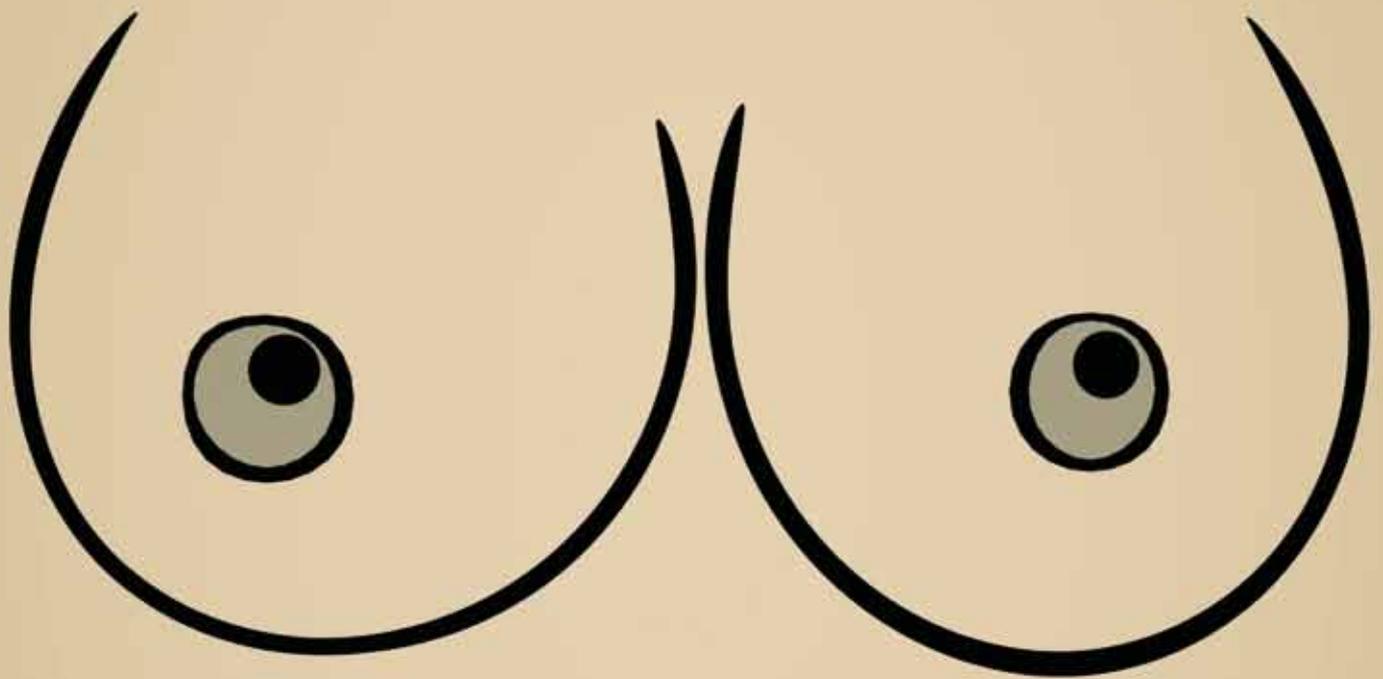


N'attendez pas  
que vos seins vous le réclament.

**Faites le mammotest.**



**Actualités du programme de dépistage  
du cancer du sein**

# Les deux seins animés, ça marche ?

**Le Programme de dépistage du cancer du sein de la Communauté française a lancé, au début de l'année 2010, une nouvelle campagne de communication destinée aux femmes âgées de 50 à 69 ans, et plus particulièrement à celles qui ne pratiquent pas de dépistage du cancer du sein.**

Les enjeux ? Améliorer la perception générale du dépistage, réduire la charge dramatique, apprivoiser le sujet, permettre d'en parler (entre femmes, avec son conjoint, avec les professionnels de la santé, etc.).

Le spot a déjà été diffusé en radio et en télévision à deux reprises, d'abord du 15 au 28 février 2010, puis du 19 au 25 avril, et enfin du 04 au 10 octobre. Il passera encore en novembre.

## Concrètement, que disait la campagne de communication ?

Dans la campagne audiovisuelle, chaque femme est invitée à prendre soin d'elle-même : « Nous sommes vos seins (...), on aimerait que vous fassiez le mammotest, pour nous c'est important » ; chaque femme est invitée à faire un mammotest avant qu'un symptôme ne l'y invite : « N'attendez pas que vos seins vous le réclament. Entre 50 et 69 ans, faites le mammotest tous les 2 ans » ; enfin, le message souligne que « En cas d'anomalie, plus vite c'est dépisté, mieux c'est soigné » et invite à recourir au médecin.

Au-delà du message, le choix de la forme était également important : le fait de privilégier un dessin animé (simple et lisible) visait à renforcer une communication claire et directe, sans dramatiser, pour sensibiliser la plus grande diversité de femmes.

Pour visionner le spot :

[www.questionsante.org/05campagnes/spots/lemammotest2010.htm](http://www.questionsante.org/05campagnes/spots/lemammotest2010.htm)

## Évaluer, oui !

Dans notre secteur, il est rare de pouvoir réaliser une enquête d'impact pour une campagne de communication car cela nécessite un financement spécifique. Cependant, cette démarche donne des informations très utiles tant au promoteur de la campagne qu'aux dé-

cideurs. Le **Service communautaire de promotion de la santé - Question Santé** et le **Centre Communautaire de Référence pour le Dépistage des Cancers** ont mené une évaluation de la première phase de la campagne de communication. L'étude « post-test » a été confiée à l'institut Dedicated Research. Elle a été réalisée entre le 3 et le 12 mai 2010 et comportait deux volets : une enquête auprès de médecins généralistes (de Wallonie et de Bruxelles) et une auprès de femmes de 50 à 69 ans (de Wallonie uniquement). Objectif : vérifier leur perception de cette campagne de communication.

## Mais que faut-il évaluer ?

L'objectif d'une campagne de communication est de sensibiliser le public à une problématique. Et toutes les recherches dans le domaine de l'éducation pour la santé ou de la psychologie sociale démontrent clairement qu'une information ne suffit pas à changer ou adopter un comportement. Le taux de participation au programme de dépistage est en effet lié à des facteurs bien plus complexes que la 'seule' information aux personnes concernées (voir article « Le mammotest... un défi pour la Communauté » dans Éducation Santé n°254 – mars 2010).

■

**Près de la moitié des femmes (48 %) qui n'ont pas réalisé de mammotest dans le courant des 2 dernières années pensent le faire dans le courant des 6 prochains mois.**

■

S'il ne s'agit pas d'évaluer le changement de comportement, que peut-on évaluer alors ? Les informations récoltées au travers de l'enquête sont les suivantes :

- la campagne a-t-elle été mémorisée ?
- quels sont les messages retenus ?
- quelle est la force de conviction de la campagne ?

- est-elle mobilisatrice, suscite-t-elle une volonté de changement ?
- qu'est-ce qui a été apprécié et qu'est-ce qui ne l'a pas été ?
- quels sont les freins/obstacles au développement d'une conviction positive ?

## Une campagne vue et approuvée

### Côté « médecins »

#### La campagne a-t-elle été identifiée et mémorisée ?

62 % des médecins répondants se souviennent d'une campagne pour le dépistage du cancer du sein et la décrivent de la manière suivante : deux seins animés (15 %), deux seins qui parlent et expliquent l'intérêt du mammotest (12 %), deux seins pour le mammotest.

#### Quels sont les canaux d'information privilégiés ?

Les médecins répondants ont remarqué cette campagne via 3 principaux supports de communication : 27 % à la TV, 12 % à la radio et 11 % via des dépliants, affiches ou cartes postales. Une grande majorité des répondants (et donc pas uniquement ceux qui ont vu, lu ou entendu la campagne) identifie différents canaux de communication comme les plus adaptés afin de sensibiliser les femmes :

- les conseils d'un médecin (76 % des répondants) ;
- spot TV et radio (65 % des répondants) ;
- lettre d'invitation pour les femmes (58 % des répondants).

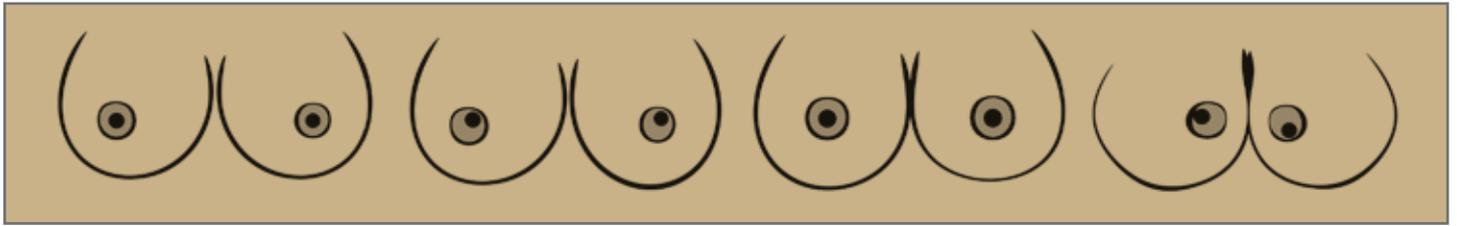
#### Qu'est-ce qui a été apprécié, qu'est-ce qui ne l'a pas été ?

80 % de ceux qui ont vu la campagne préfèrent une image, un dessin. Les raisons de cette préférence sont le fait que cela fait moins peur, que c'est plus amusant et que c'est plus original. *A contrario*, les éléments qui ont le moins plu sont, par ordre d'importance : le manque d'informations précises (7 %), le côté trop amusant (6 %), l'annonce n'est pas assez marquante (4 %)

#### Cette campagne a-t-elle été mobilisatrice ?

Suite à la campagne :

- 41 % des médecins interrogés ont observé



## Évaluation auprès des médecins

101 médecins ont été interrogés. Les enquêtes ont été réalisées entre le lundi 3 mai 2010 et le mercredi 12 mai 2010. Les médecins ont été interrogés selon la méthode CATI (par téléphone). La durée du questionnaire était de 10-12 minutes. Les enquêtes ont été réalisées par des professionnels qui ont été 'briefés' en profondeur sur les objectifs de l'étude. Le questionnaire était en majorité composé de questions fermées, c'est-à-dire pré-codées, avec possibilité d'enrichissements. Le questionnaire utilisé, intégrant les différents objectifs, a été soumis par Dedicated Research à l'approbation de Question Santé et du Centre Communautaire de Référence pour le Dépistage des Cancers. Les répondants ont été sélectionnés aléatoirement dans un fichier reprenant l'ensemble des médecins de la région Wallonne et de Bruxelles.

une augmentation de demandes de prescriptions de mammotest ;

- 34 % ont observé une augmentation de demandes d'informations sur le mammotest ;
- 23 % ont eu plus de patientes qui ont parlé du cancer du sein en consultation ;
- 81 % des médecins qui ont vu la campagne disent avoir prescrit un ou plusieurs mammotest(s) dans le courant des 3 derniers mois. De plus, 87 % des répondants s'accordent à dire qu'il est important de réaliser des campagnes de sensibilisation pour le dépistage du cancer du sein.

### Que pensent-ils du mammotest ?

Cette enquête était également l'occasion de demander aux médecins quelle est leur appréciation concernant le programme. La quasi-totalité des répondants (96 %) considère qu'il est important de proposer le dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans. 84 % des médecins interrogés disent bien connaître le programme de dépistage du cancer du sein par mammotest. Ils sont 71 % à considérer ce programme comme étant efficace. Ceux qui recommandent régulièrement ou systématiquement un mammotest aux femmes de 50 à 69 ans (73 % des répondants) le font pour la prévention, parce que c'est gratuit, parce qu'il permet un traitement précoce.

Ceux qui ne recommandent que rarement ou jamais le mammotest (27 % des répondants) le justifient par le fait que selon eux un bilan sérologique est plus complet, parce qu'ils manquent de confiance dans le programme (ils ne le jugent pas efficace en cas de seins denses et ils marquent une préférence pour une mammographie).

### Quelle perception ont-ils des freins vécus par les femmes ?

Les deux principaux freins à la réalisation d'un mammotest relevés par les médecins, chez les femmes sont : la peur d'avoir mal (25 %) et la peur du diagnostic (25 %).

### Côté « femmes »

#### Les femmes trouvent-elles important de dépister le cancer ?

97 % des femmes interrogées estiment qu'il est important pour une femme de plus de 50 ans de se soumettre au dépistage des cancers. Les cancers identifiés comme étant importants à dépister sont le cancer du sein (95 %), le cancer du col de l'utérus (56 %), le cancer de l'intestin (24 %).

### La campagne a-t-elle été identifiée et mémorisée ?

60 % des répondantes se souviennent d'une campagne pour le dépistage du cancer du sein et la décrivent de la manière suivante : 2 seins qui parlent et expliquent l'intérêt du mammotest ou encore 2 seins animés.

Les répondantes des groupes sociaux les plus faibles (7 et 8) sont sensiblement moins nombreuses que les femmes des groupes sociaux les plus élevés (1 et 2) à avoir identifié la campagne : 56 % d'entre elles disent l'avoir vue, lue ou entendue.

## Évaluation auprès des femmes

600 femmes de 50 à 69 ans ont été interrogées (l'échantillon de femmes interrogées est représentatif de la population wallonne).

Les enquêtes ont été réalisées entre le lundi 3 mai 2010 et le mercredi 12 mai 2010. Les femmes ont été interrogées selon la méthode CATI (par téléphone). La durée du questionnaire était de 12-14 minutes.

Les enquêtes ont été réalisées par des professionnels qui ont été 'briefés' en profondeur sur les objectifs de l'étude. Le questionnaire était en majorité composé de questions fermées, c'est-à-dire pré-codées, avec possibilité d'enrichissements.

Le questionnaire utilisé, intégrant les différents objectifs, a été soumis à l'approbation de Question Santé et du Centre Communautaire de Référence pour le Dépistage des Cancers. Les répondantes ont été sélectionnées aléatoirement à partir des annuaires téléphoniques (téléphone fixe et gsm).

Les messages retenus sont les suivants : mammothest, dépistage du cancer du sein, informations sur le dépistage.

### Quels sont les canaux d'information privilégiés ?

Les répondantes ont remarqué cette campagne principalement via le spot à la TV (54 %). Tout comme les médecins, les femmes identifient différents canaux de communication adaptés afin d'être sensibilisées. Ce sont exactement les mêmes canaux que ceux préférés par les médecins : les conseils d'un médecin (84 %), les spots TV et radio (74 %) et la lettre d'invitation pour les femmes (66 %).

### Qu'est-ce qui a été apprécié, qu'est-ce qui ne l'a pas été ?

Les répondantes donnent une note d'appréciation de la campagne de 8.1/10. Ce score reste quasiment identique selon la classe socioprofessionnelle des répondantes. Les éléments qui ont principalement plu sont, par ordre d'importance : le caractère amusant (20 %), l'originalité (15 %), le côté interpellant de l'annonce (15 %), la clarté du message (12 %). *A contrario*, les éléments qui ont le moins plu sont, par ordre d'importance (même si très peu d'éléments négatifs ont été soulevés : 48 % des répondants n'en citent aucun !) : la campagne est trop courte, pas assez diffusée (3 %) et le manque d'informations précises (3 %).

À nouveau, tout comme pour les médecins, les répondantes préfèrent clairement une campagne représentant un dessin ou une image (par rapport à une photo plus réaliste) : environ 75 % de celles qui ont vu la campagne préfèrent une image, un dessin. Les raisons de cette préférence sont le côté plus amusant (28 %), plus pudique (25 %), plus marquant (23 %).

### Quelle est l'expérience des femmes en matière de dépistage du cancer du sein ? Quels sont leurs projets en la matière ?

81 % des répondantes disent avoir réalisé un dépistage il y a moins de 2 ans<sup>1</sup>, 13 % en auraient fait un il y a plus de 2 ans, tandis que seulement 6 % des répondantes n'en auraient jamais fait.

Les femmes des groupes socioprofessionnels les plus bas seraient les moins nombreuses à avoir réalisé un dépistage : 80 % pour les groupes 5 et 6 et seulement 73 % pour les groupes 7 et 8.

Les principaux freins à la réalisation d'un mammothest observés sont, par ordre d'importance :

- la peur des résultats (particulièrement pour les groupes socioprofessionnels les plus faibles),
- le coût de l'examen (particulièrement pour les groupes socioprofessionnels les plus élevés),
- la peur d'avoir mal pendant l'examen.

Près de la moitié des femmes (48 %) qui n'ont pas réalisé de mammothest dans les 2 dernières années pensent le faire dans le courant des 6 prochains mois. Ce sont principalement les femmes des groupes socioprofessionnels les plus élevés.

### Enfin, quel est l'intérêt d'une campagne de communication de masse ?

La diffusion d'une communication publique sur un sujet donné a pour effet de légitimer l'existence d'un problème de santé. Une campagne de communication via les médias de masse s'adresse évidemment au plus grand nombre (ce qui en fait l'intérêt majeur), et globalement aux classes moyennes (critères socio-économiques et culturels).

Cependant, au travers de campagnes de communication de masse, il est possible de prendre partiellement en compte les objectifs de réduction des inégalités de santé. Comment ? **Philippe Lamoureux** (Directeur général de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, en France) le précise : « Il s'agit là de simplifier les outils de communication, de façon à les rendre compréhensibles pour des publics peu (ou pas) lecteurs. Pour ce faire, la logique consiste à privilégier l'animation par rapport à la fiction ou encore le dessin par rapport au texte. Les post-tests réalisés en ce domaine font apparaître des scores d'appropriation très satisfaisants. » C'était là l'hypothèse de départ de la cam-

pagne de communication « mammothest », hypothèse qui se voit confirmée par les résultats de l'enquête.

Une campagne de communication grand public a aussi pour effet de sensibiliser les professionnels et de les soutenir dans leur action préventive auprès des femmes. Cette constatation est une nouvelle fois confirmée par les médecins interrogés : plus de demandes d'information de la part des femmes, plus de patientes qui abordent le sujet en consultation et une tendance à renforcer la prescription du mammothest dans le chef des médecins.

### Et demain ?

Si l'évaluation de la campagne est encourageante, elle permet également de poser quelques jalons pour l'avenir... Il apparaît que la presque totalité des femmes identifient le cancer du sein comme important à dépister (95 %) ; cependant, la pratique effective du dépistage reste bien en deçà. Une démarche complémentaire à la campagne de communication de masse est actuellement en cours pour soutenir une communication de proximité, adaptée à la diversité des freins et réticences des femmes et leur permettant de poser les choix qui leur conviennent.

Autre réflexion, les campagnes de communication thème par thème (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col...) ne peuvent se multiplier à l'infini, au risque de saturer l'intérêt du public. Même s'il est utile à certains moments de maintenir une communication spécifique sur un dépistage particulier, l'intérêt d'une approche préventive globale devient évident. Telles sont les perspectives auxquelles s'attellent les partenaires concernés par la prévention et les actes de dépistage.

Pour consulter les résultats complets de l'enquête (partie professionnelle du site) ou pour en savoir plus sur la campagne, consultez le site [www.lemammothest.be](http://www.lemammothest.be).

**Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans et Patrick Trefois**, Question Santé, Service communautaire de promotion de la santé

<sup>1</sup> Ce pourcentage très élevé ne correspond pas à la réalité objective par les données exhaustives dont disposent les organismes assureurs. Hypothèse : certaines femmes ont eu un dépistage 'opportuniste' plus de deux ans avant l'enquête, et croient qu'il a été fait plus récemment. Quoi qu'il en soit, un quart d'entre elles n'ont eu aucun dépistage en six ans.

# Une recherche microsociale sur le dépistage du cancer du sein

**Pourquoi est-il difficile de faire un dépistage du cancer du sein ? Comment le premier dépistage est-il vécu ? Pourquoi certaines femmes ne participent-elles qu'une seule fois à une campagne de dépistage organisé ? Quels obstacles rencontrent-elles ?**

Autant de questions auxquelles une recherche du Comité Départemental d'Éducation pour la Santé du Pas-de-Calais (nouvellement IREPS-Instance Régionale d'éducation et de promotion de la santé du Nord - Pas-de-Calais) a tenté de répondre.

L'échantillon est constitué de 20 femmes issues d'un milieu populaire. « Elles ont la particularité de fréquenter un centre socioculturel », précise Gilles Vangrevelinghe, qui a mené la recherche. « Ce sont des femmes qui ont connu le travail en usine, qui en général ont été licenciées et qui ont retrouvé un boulot, le plus souvent très précaire, parfois du travail au noir. Ce sont des femmes aguerries, cultivées, mais en retrait quand on entre dans le domaine du sanitaire. » Pourquoi ? Il ressort des entretiens qu'elles ne se sentent pas reconnues comme personnes par le milieu médical. Elles disent ne pas comprendre le jargon, la tournure des phrases. Elles ont peur

d'être dépossédées de leur vie si elles ont un cancer. « Elles ont pourtant des représentations positives selon lesquelles on peut guérir du cancer », précise Gilles Vangrevelinghe, « mais quand elles évoquent leur dépistage, elles affirment que c'est de la blague de dépister, que le cancer couve. »

## Au moins une fois

La majorité des femmes (14/20) ont participé au moins une fois à une campagne de dépistage du cancer du sein. Elles pointent le rôle de la pression sociale (incitation des médecins, encouragements de l'entourage). Quatre d'entre elles n'y sont pas retournées. Les contre-arguments avancés ? Un manque de poitrine, la non-efficacité du dépistage... Pour les autres, la participation s'est révélée problématique dans la mesure où elle est intervenue hors délais. « Les femmes ont en quelque sorte dû se faire violence pour y retourner », explique Gilles Vangrevelinghe. « Elles évoquent toujours la pression sociale qui compte pour pousser à y retourner. »

Les six femmes qui n'ont jamais été dépistées avancent que nul ne leur en a parlé. À peine ont-elles vaguement entendu une info dans

les médias. Ce qui les inciterait à participer ? Que l'examen puisse être plus accessible, via un bus de dépistage peut-être.

Parmi les 20 femmes interrogées, 19 disent connaître un proche décédé d'un cancer du sein.

## Recommandations

À partir de ces 20 témoignages, Gilles Vangrevelinghe propose des pistes pour aborder le sujet du dépistage via des animations ou pour favoriser la communication entre le public-cible et les médecins. Au nombre des propositions : un duo cancérologue-animateur (lequel aura fait un travail préalable avec les femmes) pour une séance d'information initiale, des ateliers consécutifs à la séance d'information (par exemple pour élaborer des affiches de promotion du dépistage). En matière de communication individuelle, on trouve aussi un appel aux interactions, un langage accessible, le respect des silences...

**Véronique Janzyk**, Observatoire de la Santé du Hainaut

Infos au 00 33 3 21 71 34 44  
ou via [www.cres-ndpc.org](http://www.cres-ndpc.org)

# Résultats de 6 ans de dépistage organisé du cancer du sein en Belgique

**L'Agence intermutualiste (AIM), qui analyse les données de santé de toutes les mutualités, vient de publier son septième rapport d'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein.**

En Belgique, près de 1.300.000 femmes sont concernées par ce programme dont l'objectif est d'alléger le traitement des tumeurs diagnostiquées à un stade précoce et, bien sûr, de diminuer la mortalité par cancer du sein. Le dépistage organisé est un élément majeur de la lutte contre le cancer du sein. Mis en œuvre par les communautés, ce programme

de dépistage organisé permet à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, par un mammothest. Ce test répond aux normes de qualité du programme d'action « Europe Contre le Cancer ». L'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité, les résultats du mammothest sont examinés par un second radiologue indépendant et tous les résultats sont enregistrés pour permettre le contrôle de qualité.

Dans son rapport, l'AIM établit une distinction claire entre le programme de dépistage

organisé – via le mammothest – et la mammographie diagnostique classique, réalisée spontanément (dépistage opportuniste) et/ou sur base de plainte et n'entrant dès lors pas dans le cadre du dépistage organisé.

À noter que le dépistage opportuniste n'offre pas toujours les garanties d'accessibilité et de qualité du dépistage organisé et a un coût supplémentaire important pour la société. En effet, la mammographie classique, suivie d'une échographie, coûte 50 € de plus que le mammothest. Après remboursement, elle coûte encore près de 15 € pour la femme.

Le dernier rapport de l'Agence intermutualiste dresse une série de constats intéressants.

### Un taux de couverture globale en augmentation

En Belgique, avant le lancement du programme en 1999-2000, 38 % des femmes âgées de 50 à 69 ans se faisaient spontanément dépister par mammographie classique. En 2006-2007, le taux de couverture globale (via mammothest et/ou mammographie classique) est passé à 61 %, dont 30 % dans le cadre du programme de dépistage organisé. Bien que l'on se rapproche de l'objectif européen, les efforts doivent être maintenus pour atteindre les 75 % de couverture recommandés, ce qui devrait permettre d'obtenir une diminution de la mortalité de 30 %.

### Une meilleure accessibilité, aussi auprès des femmes issues de milieux défavorisés

Le programme de dépistage organisé a permis de sensibiliser et de recruter de nombreuses femmes qui n'auraient probablement pas bénéficié d'un dépistage dans d'autres circonstances : les femmes les plus âgées et les femmes issues de milieux défavorisés. Néanmoins, des efforts restent à faire. En effet, malgré la gratuité du mammothest, on enregistre un taux de couverture globale de 23 % inférieur chez les femmes issues de milieux défavorisés par rapport au reste de la population. Il faut aussi souligner que 24 % des femmes entre 50 et 69 ans n'ont subi aucun dépistage au cours des six premières années du programme. Si l'on y ajoute les 15 % de femmes qui ne se sont fait examiner qu'une seule fois sur six ans, on peut considérer que 40 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ne sont toujours pas dépistées efficacement.



Photo © Isopix

■ 24 % des femmes entre 50 et 69 ans n'ont subi aucun dépistage au cours des six premières années du programme. Si l'on y ajoute les 15 % de femmes qui ne se sont fait examiner qu'une seule fois sur six ans, on peut considérer que 40 % des femmes concernées ne sont toujours pas dépistées efficacement.

■

### Fidélité au dépistage organisé versus dépistage opportuniste

La pratique du dépistage (via mammothest ou via mammographie classique) semble fortement liée aux habitudes de dépistage opportuniste (via mammographie classique) existant

avant la mise en œuvre du programme. Le pourcentage de femmes qui se font dépister régulièrement est semblable dans les trois régions mais le dépistage organisé (via mammothest) est surtout répandu en Flandre (44 %) alors que le dépistage opportuniste (via mammographie classique) continue à être plus courant en Wallonie (47 %) et à Bruxelles (44 %).

### Des pistes pour inciter plus de femmes à participer au dépistage organisé et pour les fidéliser

Pour inciter plus de femmes à participer au programme de dépistage et augmenter leur fidélisation, les acteurs du programme de dépistage organisé (Communautés, Registre du cancer, Fondation contre le cancer, le Centre du cancer, l'INAMI et les mutualités) ont dégagé une série de pistes :

- réaliser des études auprès des femmes afin de cerner les freins au dépistage ;
- identifier et caractériser les femmes qui ne répondent pas au programme organisé ;
- soutenir et encourager les initiatives locales de promotion du programme de dépistage ;
- impliquer davantage les prestataires de soins et, en particulier, les médecins généralistes dans la promotion et la prescription du dépistage organisé ;
- améliorer la transmission des résultats.

Communiqué par l'Agence intermutualiste

Les 5 octobre dernier, les Femmes prévoyantes socialistes et les Mutualités socialistes organisaient une journée entièrement consacrée au dépistage du cancer du sein en Communauté française, avec un accent tout particulier mis sur la question centrale de la participation. Une initiative des plus pertinentes, sur laquelle nous reviendrons le mois prochain.

Couverture mammothest et mammographie diagnostique par période et par région

| PÉRIODE   | MAMMOTEST |           |           | MAMMOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE |           |           | COUVERTURE TOTALE |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|-------------------|-----------|-----------|
|           | 2002-2003 | 2004-2005 | 2006-2007 | 2002-2003                 | 2004-2005 | 2006-2007 | 2002-2003         | 2004-2005 | 2006-2007 |
| BRUXELLES | 3,3       | 6,6       | 9,6       | 46                        | 45        | 44        | 50                | 51        | 54        |
| FLANDRE   | 33        | 37        | 44        | 22                        | 21        | 21        | 55                | 58        | 65        |
| WALLONIE  | 6,5       | 8,8       | 9,1       | 47                        | 46        | 47        | 53                | 55        | 56        |
| BELGIQUE  | 22        | 25        | 30        | 32                        | 31        | 30        | 54                | 56        | 61        |

Source : 7<sup>e</sup> Rapport – Agence intermutualiste

# La fête à PIPSa

Il y a 10 ans naissait l'Outilthèque santé et son site internet [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)... L'occasion rêvée pour le Service Promotion de la santé de la Mutualité socialiste d'organiser une fête, le 23 novembre à Bruxelles!

## Au programme...

C'est autour de la thématique des inégalités sociales en santé que nous vous proposons de travailler ensemble : en quoi les outils pédagogiques en santé peuvent-ils aider à atteindre l'équité en santé ? Certains ne renforcent-ils pas au contraire les inégalités sociales de santé ?

« Pas très festif ! », me direz-vous. Et pourtant si ! Car c'est sur un mode ludique et interactif, et en présence des délirants comédiens du Magic Land Théâtre que cette journée se déroulera.

Si nous avons pris ce parti de mêler fête et boulot, c'est à la fois pour mettre à l'honneur le travail accompli pendant 10 ans par les cofondateurs du projet, le Service Promotion de la santé de la Mutualité socialiste, les experts<sup>1</sup>, et tous ceux qui ont été associés au projet d'une manière ou d'une autre.

Par ailleurs, nous souhaitons que cette fête soit l'occasion de discuter, d'échanger des expériences sur le sujet essentiel des inégalités sociales de santé, le tout dans une atmosphère dynamique propice au dialogue et à la participation.

Le programme a été concocté par le Service Promotion de la santé de la Mutualité Socialiste et par un groupe de travail composé de membres de Cultures&Santé, des CLPS de Bruxelles et en Province de Namur, d'Éducation Santé, de La Collection Éducation pour la Santé (La Médiathèque), de SCPS - Question Santé, de l'UCL-RESO, d'experts PIPSa, et avec la participation de l'APES-ULg. Deux ateliers « ludiques et réflexifs » enca-

dreront les allocutions avec, en point d'orgue, le rappel de l'histoire de PIPSa, de la gestation et la naissance jusqu'à aujourd'hui.

## Le programme en détail

9h00 Accueil  
9h15-10h45 Ateliers ludiques et réflexifs autour des inégalités sociales de santé à travers les outils pédagogiques  
10h45-11h00 Pause  
11h00-11h15 *Réduire les inégalités sociales de santé dans le champ de la promotion de la santé*, par Madame **Fadila Laanan**, Ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des Chances de la Communauté française de Belgique  
11h15-11h25 *La Mutualité socialiste et la promotion de la santé : œuvrer pour plus de justice sociale*, par Monsieur **Michel Jadot**, Président de l'Union nationale des mutualités socialistes (UNMS)  
11h25-12h00 *PIPSa d'hier à aujourd'hui (des débuts au nouveau site flambant neuf)*, par Madame **Catherine Spièce**, co-fondatrice de



## Connaissez-vous PIPSa ?

PIPSa<sup>2</sup>, c'est le site web de l'Outilthèque Santé, centre de référence de jeux et outils pédagogiques en Communauté française de Belgique. Le site, base de données en outils pédagogiques « santé » et source d'informations pour les acteurs en promotion de la santé, propose des évaluations d'outils pédagogiques en santé, avec pour ambition de faciliter l'accès aux outils pédagogiques pour les acteurs de terrain en promotion de la santé. PIPSa, ce sont environ **450 outils pédagogiques en santé** répertoriés, dont **300** ont été analysés par notre

panel d'évaluateurs. C'est aussi une newsletter bimensuelle avec l'actualité de la promotion de la santé en Communauté française, qui compte pas moins de **3500 abonnés!** Le Service Promotion de la Santé de la mutualité socialiste développe ce projet dans le cadre d'une convention avec la Communauté française de Belgique. *Éducation Santé* met en exergue (à peu près) tous les mois les outils ayant particulièrement séduit les experts de l'Outilthèque, et qui ont reçu le label 'coup de cœur'.

<sup>1</sup> Sous ce nom un peu obscur se cachent des professionnels traitant de près ou de plus loin des questions de santé. Tous sont convaincus de la pertinence de l'utilisation de l'outil en promotion de la santé. Ils proviennent de secteurs divers : promotion de la santé, enseignement, environnement, santé mentale, petite enfance, assuétudes, ludothèques, PMS... Ils travaillent au sein d'une Cellule d'experts. Suite à l'analyse individuelle de l'outil à domicile, trois experts se réunissent pour confronter leurs points de vue et élaborer l'avis commun. Après une relecture formelle et la validation de l'avis, celui-ci est publié sur PIPSa, en regard de l'outil concerné.

<sup>2</sup> Acronyme de « Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé ».

l'Outilthèque Santé et Madame **Inge Robyn**, responsable du Service Promotion de la santé de la Mutualité socialiste

12h00-12h30 *Réduction des inégalités sociales de santé : quels enjeux éducatifs ?*, par Monsieur **Gaëtan Absil**, chercheur au Service Communautaire de promotion de la santé APES-ULg

12h30-14h00 Lunch

14h00-16h00 Ateliers ludiques et réflexifs autour des inégalités sociales de santé à travers les outils pédagogiques

16h-16h30 Conclusions « Magic »

16h30-17h00 Drink d'anniversaire



### Infos et inscriptions

La participation est entièrement gratuite, mais l'inscription est obligatoire, avant le 15 novembre 2010 (nombre de places limité). Vous pouvez vous inscrire par courriel, téléphone ou sur [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org).

Service Promotion de la santé, Union nationale des mutualités socialistes, 32-38 rue

Saint-Jean, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 515 05 85. Courriel : [promotion.sante@mutsoc.be](mailto:promotion.sante@mutsoc.be) ou [muriel.durant@mutsoc.be](mailto:muriel.durant@mutsoc.be).

L'adresse du jour est la Maison des Associations internationales, rue Washington 40,

1050 Bruxelles. Parking difficile : privilégiez les transports en commun...

**Muriel Durant**, chargée de projets au Service Promotion de la santé de l'UNMS

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

Le processus de conception d'un outil pédagogique est long et on s'y sent parfois très seul, d'autant que les possibilités de soutien adapté et spécifique sont rares. C'est pourquoi PIPSA vous propose un guide en ligne : [www.creerunoutil.be](http://www.creerunoutil.be). Ce guide méthodologique présente des balises théoriques et méthodologiques pour une démarche de qualité dans la construction d'outils. Se positionnant résolument du point de vue du concepteur de l'outil, pour favoriser la création d'outils qui, entre autres, s'intègrent

dans une des stratégies de la promotion de la santé, envisagent une variété de facteurs de risque et de déterminants de santé, favorisent l'apprentissage d'aptitudes individuelles et/ou collectives, et permettent le développement d'actions sur l'environnement naturel ou humain. Les discussions que nous mènerons avec vous le 23 novembre nous permettront de l'enrichir avec des recommandations afin de sensibiliser les concepteurs à tenir compte des inégalités sociales de santé lors de toutes les phases de création d'un outil !

*"Where is the wisdom we lost in knowledge, where is the knowledge we lost in information"*

T. S. Eliot, *The Rock*, 1934

## La santé à l'école au travers des pratiques éducatives

**Qu'en est-il de la santé à l'école, comment est-elle abordée en classe aujourd'hui ?**

**Par l'analyse du discours que les acteurs éducatifs portent sur la santé, nous verrons quelle place est donnée à cette thématique dans le cursus scolaire.**

Aborder la santé à l'école n'est pas une chose aisée : oscillant entre l'imposition de comportements jugés « bons », et la liberté individuelle de faire des choix, la santé est prise entre deux feux. De plus, elle est souvent vue comme un « chapitre à part », un sujet à aborder de manière complémentaire à ce qui est traditionnellement vu en classe.

De nombreuses initiatives voient le jour dans les écoles quant à la promotion de la santé. Cependant, il faut constater que celles-ci se fondent souvent sur une approche prescriptive. Cela s'illustre principalement à travers l'interdiction de certains comportements identifiés comme néfastes en matière d'alimentation par exemple. Mais si nombre d'écoles ont proscrit les chips et sodas de leur établissement, elles n'ont pas moins associé à cette interdiction, la valorisation et la promotion de « collations saines ». Dès la maternelle déjà, la question de l'alimentation est abordée en classe afin de favoriser l'acquisition de com-

portements « durables et positifs » en matière de santé.

*« Nous on plante des graines, on voit la pyramide alimentaire, on ne sait pas ce qu'ils vont en faire plus tard, mais au moins ils pourront se situer par rapport à ce qui est bon ou pas pour eux. »*

Le présent article se base sur une enquête que nous avons réalisée en mars 2010<sup>1</sup>, orientée sur la relation qu'entretiennent les instituteurs avec les dynamiques de projet autour de la santé. Cette étude a été faite sur base de 32 entretiens semi-directifs<sup>2</sup>. Cette approche a été complétée par une revue de la littéra-

<sup>1</sup> Vandermeersch V., 2010, « La santé à l'école, entre connivence et indifférence », rapport CORDES, non publié.

<sup>2</sup> Réalisés auprès de 32 acteurs scolaires (26 enseignants, 3 directeurs, 2 infirmières PSE et 1 bibliothécaire). Voici les éléments pris en compte lors de la construction de notre échantillon : type de réseau, répartition géographique des écoles, environnement immédiat de l'école (milieu urbain, périphérie, campagne), public fréquentant l'établissement (discrimination positive, enseignement spécialisé). Le but était de s'approcher de la complexité des situations scolaires telle qu'on la retrouve en Belgique francophone.

ture francophone sur la question des projets pédagogiques, des types d'apprentissage et des dynamiques scolaires.

## Promotion de la santé à l'école primaire

Avec la « Charte d'Ottawa » (1986), une approche globale de la santé (prise dans l'acception la plus large) a fait son entrée dans l'école. En effet, depuis lors, l'approche de la santé en éducation est associée à un processus plus large, celui de développer des comportements et des démarches citoyennes. La charte d'Ottawa donne un cadre de référence à l'entrée de la santé dans le domaine scolaire. De plus, en Belgique, le décret du 14 juillet 1997 de la Communauté française stipule que la promotion de la santé est « un processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale ».

S'inscrivant dans cette philosophie, à côté de mesures qui s'adressent directement aux habitudes alimentaires ou hygiéniques des enfants, quelques instituteurs se lancent avec leur classe dans des projets qui laissent à l'élève un rôle déterminant dans la construction de son savoir et de ses compétences. Par exemple, ce directeur nous explique que dans son école « *On ne parle pas que de la santé à proprement parler, mais de tout ce qui l'influence. On a par exemple ouvert le débat sur les jeux dans la cour de récréation, le respect des autres. Parce qu'il faut que chacun puisse s'épanouir et jouer, on a décidé, avec le conseil des enfants, de ne permettre les jeux de balle qu'un jour semaine, respectant ainsi ceux qui ne jouent pas au foot et qui, auparavant, étaient mis sur le côté. Parce que la santé, c'est aussi permettre à l'autre de respirer !* ». Mais dans les faits, à l'école, la promotion de la santé est souvent (18/32) perçue par le corps enseignant comme un ensemble de comportements à favoriser (tels le brossage des dents, le lavage des mains, etc.) et d'autres à exclure (la consommation de sodas et de *junkfood*...).

On se trouve bien, dans ces cas-là, face à une approche normative de la santé et de l'éducation. Bien vite ce genre de pratiques se heurte au découragement des professeurs qui doivent endosser ce nouveau rôle : « *On ne peut pas tout le temps gendарmer ! J'ai autre chose à faire que leur demander tous les jours d'ouvrir leur boîte à tartine pour regarder ce qu'il y a dedans !* ».

## Mais qu'est ce qui se passe ?

Si on veut transmettre aux élèves des compétences et savoirs qui soient mobilisables dans diverses situations, une approche complexe et systémique est nécessaire pour aborder les questions de santé, et de société au sens plus général. Cette préoccupation se retrouve aussi bien dans les missions de l'école que dans les principes de la promotion de la santé. Mais que se passe-t-il alors ? Pourquoi la santé a-t-elle tant de mal à entrer dans l'école sans son lot d'interdictions, de prescriptions et de cloisonnements ?

## Santé ? Vous avez dit 'santé' ?

La santé est une représentation, on ne la croise pas le matin au coin d'une rue ! Elle varie donc d'un individu à un autre. Si le professeur perçoit la santé comme quelque chose d'extrêmement défini, sous un axe normatif, cela influencera bien évidemment sa façon de l'aborder en classe. La santé, c'est avant tout une question de perception. On ne peut pas dire : la santé, c'est ça ! Chacun se construit ses représentations en fonction de son vécu et son bagage. La plupart des professeurs interviewés, abordent, en classe, la santé sous l'angle prescriptif. De plus, la santé est souvent vue comme un registre bien à part, où n'interviennent aucunement les diverses notions qui balisent l'apprentissage des élèves. « *La santé, c'est secondaire ! Nous on doit surtout travailler les math !* ». Le manque d'interdisciplinarité que l'on retrouve souvent dans les pratiques pédagogiques se reflète évidemment aussi sur l'approche de la santé. Faire entrer les questions de santé dans les apprentissages classiques nécessite alors un effort d'imagination de la part des professeurs pour ne plus cantonner celles-ci au cours d'éveil.

Mais décloisonner la santé, c'est surtout agir sur les représentations que les travailleurs scolaires en ont ! Voir la santé comme moteur de réflexion et d'apprentissage, est une petite révolution conceptuelle qui semble réclamer une sensibilisation auprès des enseignants. Il en va de la santé comme d'autres sujets socialement valorisés actuellement, tels le développement durable ou la citoyenneté. Pour agir autrement, il faut d'abord penser différemment. Or l'école est le lieu par excellence où l'on transmet des savoirs, des manières de voir, de penser, de concevoir.

On se trouve bien aujourd'hui face à un revirement paradigmatique de l'enseignement où l'enjeu est de réunir les choses, séparées intellectuellement. L'objectif est de refaire vivre les liens et donner de l'importance à une vision systémique et holistique des choses. Bien sûr cela ne peut se faire du jour au lendemain. Et comment transmettre cela aux élèves si les instituteurs n'y sont pas bien préparés ? Il apparaît donc important d'inclure dans la formation – tant des agents de santé que des enseignants – une approche et analyse holistique de la santé.

Un point important à relever ici est le manque apparent (du point de vue des instituteurs) d'outils pédagogiques qui permettraient d'aborder la santé sous toutes ses coutures et en y intégrant des apprentissages plus classiques. « *Si on veut parler de la santé et en faire un projet pluridisciplinaire, le problème, c'est qu'on doit tout construire nous-mêmes. Même les animations proposées par les PSE ne parlent que de l'aspect comportemental. Ils montrent ce qui est bien de faire ou non, mais...ça en reste là* ».

## Dépasser le prescriptif...

Les missions de l'école sont orientées vers l'épanouissement de l'élève et sa formation citoyenne. Pour rappel, les rôles attribués par la société à l'institution scolaire sont, selon le décret « missions » de 1997<sup>3</sup> :

- promouvoir la confiance en soi et le développement de la personne de chacun des élèves ;
- amener tous les élèves à s'approprier des savoirs et à acquérir des compétences qui les

3 Pour plus d'informations, voir le Moniteur belge à la date du 23/09/1997 p.24653

rendent aptes à apprendre toute leur vie et à prendre une place active dans la vie économique, sociale et culturelle ;

- préparer tous les élèves à être des citoyens responsables, capables de contribuer au développement d'une société démocratique, solidaire, pluraliste et ouverte aux autres cultures ;
- assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale.

Pour que l'école puisse permettre à l'enfant d'acquérir les outils et savoirs nécessaires afin de devenir un citoyen, acteur du monde, il lui faudrait dépasser l'approche prescriptive des savoirs. L'information et la formation ne peuvent plus être dictées par des « il faut manger de la viande », ou « il faut jeter ses papiers à la poubelle », ou encore « il faut se taire », mais doivent plutôt chercher à ouvrir le dialogue, inciter à la réflexion, l'argumentation, la participation de tous.

Depuis le développement du constructivisme, autant en psychologie qu'en épistémologie ou en sociologie<sup>4</sup>, on ne peut plus passer à côté du constat qu'il n'y a pas de réalité objective intrinsèque aux choses du monde. Nous construisons, individuellement et collectivement, notre perception du réel et par là, notre rapport à lui.

Le savoir est donc construit de manière éminemment participative puisqu'est considéré comme vrai ce qui est partagé par le plus grand nombre, ou ce qui est imposé par un groupe social légitimé dans son rôle de détenteur et artisan du savoir (Bourdieu 1970, Foucault 1969). L'enseignant, un de ces artisans, a le pouvoir de choisir la manière dont il va re-construire et transmettre ce savoir. Divers courants pédagogiques (le constructivisme, l'approche systémique, la pédagogie coopérative, etc.) proposent de valoriser une approche qui soit fondamentalement plus participative, où l'enfant construit, avec l'enseignant mais aussi avec les autres élèves, son bagage intellectuel, qu'il s'agisse de compétences et de savoirs. La pédagogie "magistrocentriste" se voit de plus en plus critiquée car elle n'attribue à l'élève qu'un rôle passif dans la transmission et la constitution du sa-

voir. La participation est aujourd'hui de mise afin de dépasser l'individuel et d'aborder le collectif, afin d'apprendre ensemble.

La participation des élèves – élément central des nouvelles approches en pédagogie – relève d'un changement de perspective éducative. La société et le monde dans lequel nous évoluons sont éminemment complexes. À l'école, les sujets devraient donc être abordés de manière décloisonnée et holistique, mettant l'accent sur les interdépendances, les relations entre les choses. Il s'agit aujourd'hui de développer principalement des compétences et des raisonnements qui pourront être mobilisés dans des situations les plus diverses.

■  
**Travailler ensemble c'est travailler avec l'élève mais aussi avec les autres acteurs éducatifs afin de proposer des pratiques cohérentes et une mobilisation de tous autour des sujets de société. Travailler ensemble c'est permettre à chacun d'apporter son éclairage et de construire ainsi une approche plus complexe de la santé.**  
■

### **La santé à l'école, qui y participe ?**

Nous avons ouvert le débat sur la participation des élèves dans la constitution du savoir. Mais qu'en est-il des autres acteurs éducatifs ? Dans le domaine des pédagogies nouvelles, la collaboration de partenaires autres que les enseignants est jugée essentielle. Voyons quels sont les partenaires actuels en matière de promotion de la santé.

Tout d'abord, reprenons ici un constat fait par **Bernard Lahire** quant à la collaboration entre les instituteurs dans le développement de pratiques pédagogiques unifiées et cohérentes tout au long du cursus scolaire. Ce dernier évoque le fait que plus les enseignants travaillent en équipe selon des références communes, plus les habitudes souhaitées sont aisées à mettre en place (Lahire 2001). Il est donc essentiel que le corps professoral se mo-

bilise dans son entier plutôt que favoriser une cohérence intra-classe.

Dans notre enquête, les instituteurs souvent travaillent seuls les questions relatives à la santé, à l'environnement et ce même lorsque des démarches sont lancées au niveau de l'établissement dans son ensemble. Les différents acteurs en promotion de la santé ne semblent pas avoir des liens de collaboration ni agir en synergie.

Et pourtant, différents intervenants sont invités à s'immiscer dans l'école. Ces derniers varient d'une école à l'autre. En effet, tous les instituteurs interrogés font appel aux centres PSE/PMS, mais c'est le plus souvent dans une optique d'action ponctuelle. Mis à part les centres PMS/PSE, il existe peu de partenaires réguliers. On rencontre toutefois quelques associations locales, qui deviennent partenaires par le type d'animations ponctuelles qu'elles proposent. L'intervention de ce genre de collaborateur est toujours bien vue par les enseignants. Cela permet de sortir du cadre scolaire habituel, de montrer aux élèves qu'il y a des spécialistes pour chaque sujet. Mais cela n'invite pas toujours à ce que l'enseignant intègre ce partenariat dans sa pratique pédagogique.

Travailler ensemble c'est travailler avec l'élève mais aussi avec les autres acteurs éducatifs afin de proposer des pratiques cohérentes et une mobilisation de tous autour des sujets de société. Travailler ensemble c'est permettre à chacun d'apporter son éclairage et de construire ainsi une approche plus complexe de la santé.

### **Partenariat école-familles, mirage ou réalité ?**

La collaboration entre les parents et l'école, parfois tant souhaitée, n'est pas une mince affaire car en réalité c'est un changement de paradigme dans la conception du rôle de chacun. L'école et la maison ont été pendant longtemps acteurs complémentaires mais peu coopératifs en matière d'éducation. Vouloir maintenant ouvrir l'école aux parents relève d'une redéfinition des rôles de ces deux institutions que sont la famille et l'école.

<sup>4</sup> Parmi les figures de proue de ce courant aux multiples facettes, on se doit de citer Lev Vygotsky (1934), Jean Piaget (1936,1937), Alfred Schütz (1964), Peter Berger et Thomas Luckmann (1966), Pierre Bourdieu (1987).

Bien souvent, les parents ne participent que de loin aux activités de classe, étant sollicités soit pour mettre dans le cartable telle ou telle chose, soit pour recevoir des commentaires sur les échecs – plutôt que les réussites – de leurs enfants. Selon notre enquête, les parents sont rarement invités à découvrir par eux-même le travail pédagogique fait par l'enseignant.

Par exemple, lors de déjeuners organisés à l'école, seuls 3/11 enseignants y convient les parents. Bien sûrs, ils sont tenus au courant des activités pédagogiques menées durant l'année, mais ne sont pas sollicités pour y contribuer ou intervenir dans les animations mises en place. Et puis, « *quand on invite les parents, c'est toujours les mêmes qui viennent* ». Mais il arrive parfois qu'ils soient mis à contribution, en venant en classe pour animer tel ou tel atelier ou pour soutenir le professeur dans ses démarches de projet.

Pour les parents, cette collaboration n'est pas vraiment facilitée car s'ils « *sont tenus de jouer le rôle d'auxiliaires pédagogiques de l'école, ils sont ainsi sous la double menace d'une disqualification par défaut d'implication et par inadéquation de leurs pratiques aux normes pédagogiques de celle-ci. La tension au cœur des pratiques parentales pour l'école conduit nombre de parents à osciller entre distance et surinvestissement à l'égard des activités scolaires.* » (Thin D., 2009).

Régulièrement, en effet, en matière de santé, les pratiques parentales sont assez directement mises à l'épreuve. À l'école, l'alimentation est vue sous un angle éminemment fonctionnel, celui de nourrir le corps. Or du côté familial, l'alimentation c'est bien plus que ça ! Quand on passe à la loupe les régimes alimentaires des enfants sans tenir compte de toute la socialisation et la culture qui se cachent derrière le fait de manger, on tombe vite dans la stigmatisation de certains comportements, et par là, dans la remise en question de la légitimité des postures parentales concernant l'alimentation et l'éducation de manière plus générale.

Il s'agit donc aujourd'hui de revaloriser et renforcer le lien de complémentarité entre l'école et la maison afin de construire un discours pédagogique et éducatif cohérent. Parce que la santé n'est pas cloisonnée à la maison ou



Photo © Isopix

à l'école, mais aussi parce que c'est dans ces lieux qu'on retrouve les principaux acteurs éducatifs.

### **Pour ne pas conclure...**

Dans les écoles, nombre d'initiatives relatives à la promotion de la santé voient le jour. Celles-ci donnent l'occasion à l'élève de se confronter à la pratique. En effet, on retrouve dans plusieurs écoles la mise en place d'ateliers culinaires ou de projets de potager. Ceux-ci mettent les enfants à la tâche, leur permettent de se familiariser aux pratiques alimentaires et de devenir acteurs de leur alimentation. Cependant, ces ateliers font rarement l'objet d'une réflexion commune plus élargie qui replacerait les pratiques sanitaires et alimentaires dans le système qui les fait vivre. Pourtant ils sont un tremplin idéal pour aborder aussi bien les questions d'alimentation, que de bien-être, de développement durable, de prise de décision, d'expression de

soi mais aussi pour aborder avec les élèves les apprentissages plus classiques tels la lecture ou le calcul !

La séparation des savoirs est encore majoritairement répandue bien que quelques initiatives décroissantes aient vu le jour au sein des établissements, principalement via la pédagogie par projets. La participation de tous les acteurs éducatifs autour d'un projet pédagogique se fait par tâtonnements, se heurtant à l'isolement des uns ou aux difficultés de mise en pratique de projets cohérents et globaux. Mais petit à petit, les nouvelles pratiques en pédagogie participative font leur chemin, principalement grâce à la sensibilisation des instituteurs quant aux nouveaux défis éducatifs qui se présentent à eux. L'enjeu actuel en promotion de la santé est d'inciter les enseignants à adopter une approche pédagogique centrée sur l'élève qui soit moins prescriptive et plus participative. De plus, la contextualisation du savoir, la mise en lien

et la réflexion de tous sur les sujets de société paraissent aujourd'hui primordiales pour permettre aux élèves de devenir des acteurs responsables et avertis du monde de demain. Et vous, comment vous situez-vous par rapport à ces initiatives ? Comment amenez-vous la santé à l'école ?

**Virginie Vandermeersch**, Coordination Éducation & Santé – Cordes asbl.

### Bibliographie indicative

- BARBIER, Jean Marc (dir.), 1996, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF.
- BOURDIEU Pierre, 1987, *Choses dites*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- BOURDIEU Pierre, PASSERON Jean-Claude,

*La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Éditions de Minuit, 1970.

- CROSF. (éd.), 1998, *Dynamiques du changement en éducation et en formation, Considérations plurielles sur l'innovation*. Paris, IUFM, INRP.
- GALICHET François, 2002, La citoyenneté comme pédagogie : réflexions sur l'éducation à la citoyenneté. in *Revue des sciences de l'éducation*, vol 28, n°1, pp 105-124.
- FOUCAULT Michel, 1969, *L'Archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.
- LAHIRE Bernard, 2001., La construction de l'« autonomie » à l'école primaire : entre savoirs et pouvoirs in *Revue française de pédagogie*. Volume 135 N°1, pp. 151-161.

- LE MOIGNE Jean-Louis, 1995, *Les épistémologies constructivistes*, Que sais-je ?, PUF.
- MANDERSCHIED Jean-Claude, PITHON Gérard, 2000, Éléments d'une réflexion pour une pédagogie de l'éducation à la santé en milieu scolaire, in *SPIRALE- Revue de Recherche en Éducation*, n°25, pp 49-68
- MORIN Edgar, 1999, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Le Seuil.
- PERRENOUD Philippe, 1999, *Dix nouvelles compétences pour enseigner. Invitation au voyage*. Paris. ESF (5<sup>e</sup> édition 2006).
- THIN Daniel, 2009, Un travail parental sous tension : les pratiques populaires à l'épreuve des logiques scolaires, in *Informations sociales* 2009/4, n°154, CNAF.

## Feu rouge... au lobby agroalimentaire!

### Les enjeux de l'étiquetage nutritionnel

**Quelle quantité de sucres, graisses et sel se trouvent dans un sachet de chips, une pizza surgelée ou une barre chocolatée ? Afin de lutter contre l'épidémie d'obésité, l'Union européenne voudrait que ces données soient plus visibles sur les emballages. Mais le lobby agroalimentaire, qui n'a aucune envie qu'elles vous sautent aux yeux, a dépensé plus d'un milliard d'euros pour imposer un système d'étiquetage nutritionnel discret et difficile à déchiffrer.**

De l'avis de nombreux eurodéputés, la guerre de tranchées que mène depuis quatre ans à Bruxelles la Confédération des industries agroalimentaires de l'Union européenne (CIAA) est l'une des campagnes de lobbying les plus importantes en Europe depuis celles de l'industrie chimique contre REACH (réglementation des substances chimiques) ou de l'industrie automobile contre la limitation des émissions de CO<sub>2</sub>. L'objectif du lobby agro-

alimentaire est simple : contrer à tout prix la mise en place, dans l'Union européenne, d'un étiquetage nutritionnel clair permettant d'identifier en quelques secondes les aliments riches en graisses, sucres ou sel. Cela risquerait tout simplement de compromettre les ventes d'une série de produits populaires que d'aucuns assimilent à de la « malbouffe ».

### Feux tricolores

Pourtant, il y a urgence : un Européen sur trois est obèse ou en surpoids<sup>1</sup>. « Si l'on a réellement l'intention de s'attaquer aux maladies coronariennes et à l'obésité, on doit aider les gens à comprendre quelles quantités de sel, de graisses et de sucres se trouvent dans leur alimentation », estime la membre britannique du Parlement européen, **Glenis Willmott**. « C'est particulièrement vrai pour les produits comme les plats préparés ou les sandwichs pré-emballés, pour lesquels l'étiquetage est le seul moyen de savoir si un produit est plus ou moins sain. »

Cette eurodéputée, à l'instar des associations de consommateurs et des ONG « pro-santé », est partisane d'un étiquetage nutritionnel de type « feux de signalisation », très en vogue au Royaume-Uni afin de lutter contre un triste record : celui du taux d'obésité le plus élevé de l'Union européenne. Plusieurs fabricants et chaînes de supermarchés ont déjà adopté cet étiquetage développé par la *Food Standards Agency* (FSA), l'équivalent britannique de notre AFSCA.

Apposées sur la face avant des emballages, ces étiquettes permettent de juger, en un coup d'œil, la quantité d'énergie, de graisses (saturées et non-saturées), de sucres et de sel qui se trouve dans un produit donné. Chaque quantité est directement visible dans une pastille colorée en rouge, orange ou vert selon des seuils nutritionnels déterminés par les scientifiques de la FSA. Exemple : telle portion de 400 g de lasagne au bœuf surgelée de la marque Trucmucho contient 27 g de graisse (ce qui lui vaut un feu orange), 13 g de graisses

<sup>1</sup> Plus du quart des hommes (27 %) et plus du tiers des femmes (38 %) sont en surpoids ou obèses. Environ 5 millions d'enfants sont obèses dans l'UE, un nombre qui croît annuellement de 300.000 unités.

saturées (feu rouge), 9 g de sucres (feu vert) et 1,2 g de sel (feu orange).

Jugé simpliste voire infantilisant par l'industrie, ce type d'étiquetage semble pourtant le plus efficace pour orienter les décisions d'achat vers les alternatives les plus saines (ou les moins malsaines). Grâce aux couleurs, il est en effet très facile de comparer la lasagne Trucmuche avec celle, équivalente, de la marque Machinchose.

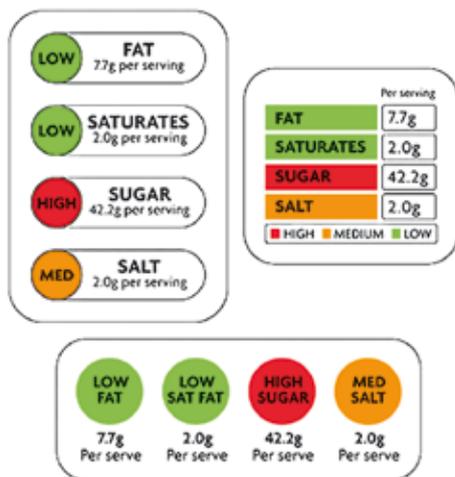
## Offensive des lobbies

Mais la CIAA pâlit d'angoisse à l'idée que cet étiquetage, non obligatoire mais encouragé par le gouvernement britannique, puisse faire tache d'huile et devenir la norme – contraignante, cette fois – dans toute l'Union européenne. C'est pour cela que, dès 2006, quand la Commission a fait part de sa volonté de revoir la réglementation nutritionnelle européenne, « *Big Food* » a commencé à préparer sa contre-offensive : un système unicolore (donc moins visible) fondé sur les « apports journaliers recommandés » (AJR) pour un adulte « type ».

En plus des valeurs absolues de quantité d'énergie (Kcal) et de nutriments (g) contenus dans un produit donné, le système AJR double les chiffres fournis au consommateur en renseignant également les pourcentages des quantités moyennes recommandées quotidiennement pour un adulte. Par exemple, notre lasagne Trucmuche contient 27 g de graisses non saturées, ce qui correspond à 39 % de la quantité maximale recommandée quotidiennement de ce type de graisses. De même, elle renferme 53 % des AJR en graisses saturées, 10 % en sucres et 52 % en sel.

Quand on établit l'addition, cela fait beaucoup de chiffres avec lesquels jongler dans les rayons. Sans compter les règles de trois et autres calculs mentaux à réaliser lorsque les valeurs affichées renvoient à des « portions » définies arbitrairement par les fabricants pour masquer les aberrations diététiques de certains produits. Qui sait en effet – à part peut-être un diététicien professionnel – à quoi correspondent concrètement 15 g de Nutella ou 30 g de céréales Kellogg's ?

Le développement, la mise en œuvre et la



promotion de cet étiquetage « AJR », qui a commencé à fleurir sur les produits de supermarché il y a deux ans dans les 27 États membres, a coûté plus d'un milliard d'euros, selon la CIAA<sup>2</sup>. Une somme gigantesque pour une campagne de lobbying européen. Une paille pour un secteur qui brasse annuellement 985 milliards d'euros.

Pour plaider sa cause et imposer son système dans les cerveaux des consommateurs – et surtout des décideurs européens –, l'industrie a eu recours à des spots télévisés, à des débats d'inatoires organisés pour les eurodéputés à Bruxelles, et même à un stand de la CIAA établi au cœur du Parlement, en novembre dernier, où les visiteurs étaient invités à répondre à un quizz ciblant leurs perceptions des étiquettes AJR. Il faut évidemment ajouter à cela les tonnes d'amendements et de « recommandations de vote » envoyées par e-mail et courrier postal aux élus européens. D'après la socialiste hollandaise **Karrika Liotard**, le nombre de messages postés par l'industrie par rapport à ceux envoyés par des associations de la société civile était de 100 contre 1.

## Études bidon ?

Autre tactique : les industriels ont commandé au Conseil européen d'information sur l'alimentation (EUFIC) deux études scientifiques visant notamment à démontrer que les consommateurs perçoivent correctement les étiquettes AJR déjà disponibles en maga-

sin. Le hic, c'est que l'EUFIC est un *think tank* financé entre autres par Coca-Cola, McDonald's, Nestlé, Ferrero, Danone, Unilever et Kraft, et dont la directrice est l'ancienne lobbyiste en chef de Mars pour la politique européenne. Dans l'une de ces études, publiée en 2007, l'EUFIC n'a pas jugé nécessaire de dévoiler qu'il était financé par l'industrie agro-alimentaire...

Dès 2006, quand la Commission a fait part de sa volonté de revoir la réglementation nutritionnelle européenne, « *Big Food* » a commencé à préparer sa contre-offensive.

Curieusement, comparer expérimentalement l'impact relatif des étiquettes « AJR » et des « feux de signalisation » afin de voir lequel des deux systèmes permet le mieux, en un coup d'œil, d'identifier les produits les plus sains, n'a jamais traversé l'esprit des expérimentateurs de l'EUFIC. Une telle étude existe pourtant. Elle a été réalisée en 2008 en Australie par un consortium d'agences gouvernementales et d'ONG pro-santé<sup>3</sup>. Ses résultats sont limpides : les consommateurs confrontés à l'étiquetage « feux de signalisation » sont en moyenne cinq fois plus enclins à identifier les produits alimentaires les plus sains que les personnes confrontées aux étiquettes relatives et unicolores promues par l'industrie.

## Pas avant 2015

En mars dernier à Bruxelles, la Commission de l'Environnement et de la Santé publique (ENVI) du Parlement européen a rejeté les feux de signalisation par 32 voix contre 30. Une position entérinée – et même durcie – en juin par le Parlement en assemblée plénière à Strasbourg. Les eurodéputés sont allés jusqu'à interdire aux États membres de mettre en place leur propre système d'information visuel en matière d'étiquetage alimentaire. Aux oubliettes, les feux de signalisation britanniques !

<sup>2</sup> « *Fear of information overload ahead of food labelling vote* », European Voice, 11 mars 2010.

<sup>3</sup> « *Front-of-Pack Food Labelling : Traffic light labelling gets the green light* », Kelly et al., Cancer Council, Sydney, 2008 ; <http://j.mp/dalv10>

La balle est à présent dans le camp du Conseil de l'Union. Il s'agit de trouver un compromis entre les États membres et la position du Parlement, ce qui semble peu probable selon les observateurs. On s'attend donc à ce que le texte repasse au Parlement en seconde lecture, en 2012. Une fois le règlement adopté,

l'industrie aura au minimum trois ans pour s'adapter aux nouvelles règles. Pas d'étiquettes nutritionnelles obligatoires avant 2015 au plus tôt, donc.

**David Leloup**

*Cet article, paru initialement dans Équilibre*

*n° 47 d'août 2010, et reproduit avec son aimable autorisation, s'inspire largement du rapport « A red light for consumer information », co-rédigé par l'auteur pour l'Observatoire de l'Europe industrielle*

## Vaccination contre la grippe saisonnière 2010-2011

Les chiffres d'incidence de la grippe varient d'année en année. En moyenne, 5 à 10 % de la population est touchée par l'infection durant une épidémie. Il est toutefois impossible de prévoir la gravité et le nombre de personnes infectées lors d'une épidémie.

Un exemple récent : durant la saison 2009-2010, le nombre de personnes touchées par la grippe saisonnière a été particulièrement faible. Auparavant, notre pays avait enregistré environ 200.000 cas de contamination par le fameux virus pandémique A(H1N1), un chiffre sans doute en-dessous de la réalité. Autre fait marquant, là où la grippe saisonnière cause habituellement 1.000 décès, surtout parmi les personnes âgées, la grippe pandémique n'a provoqué que quelques dizaines de morts en Belgique (dont une vingtaine attribuables à coup sûr au virus A(H1N1)), essentiellement des enfants et des adultes jeunes.

La situation très favorable de la saison précédente était donc vraiment atypique.

Cette année, on en revient à un schéma plus classique, avec quelques nuances. La vaccination est recommandée aux personnes qui courent un risque accru de complications si elles contractent la grippe. En raison de la circulation du virus A(H1N1), une attention particulière est portée aux femmes enceintes, qui ont été plus spécifiquement touchées lors de la pandémie de l'an dernier. En outre, comme chaque année, les personnes de plus de 65 ans, les malades chroniques, les personnes susceptibles d'en contaminer d'autres (entourage familial, tous les professionnels de santé) sont aussi concernés.

*Pour toutes les infos sur la grippe et la campagne 2010-2011, vous pouvez consulter le site [www.vacc.info](http://www.vacc.info). Vous y trouverez les réponses aux questions habituellement*



*posées sur le sujet, ainsi que des interviews de professionnels de la santé.*

## « Un pass dans l'impasse »

### Le Centre de prévention du suicide et d'accompagnement en Région wallonne

Chaque jour en Belgique, 6 personnes meurent par suicide... Et 10 fois plus tentent de se suicider ! Depuis maintenant trois ans, l'équipe de l'asbl « Un pass dans l'impasse » œuvre avec conviction à développer un service d'aide psychologique pour répondre à un double objectif, à la fois préventif et curatif, en matière de suicide.

#### **Le suicide, un tueur silencieux**

Les politiques actuelles s'inscrivent assurément dans une perspective sécuritaire. Pourtant, à mesure que les pays se modernisent et se dotent de dispositifs de prévention technologiques et médicaux performants, le suicide tend à progresser.

Dans la plupart des pays occidentaux, le suicide est la première cause de mortalité chez les per-

sonnes de 25 à 35 ans et la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 25 ans après les accidents de la route. Il y a six à dix fois plus de suicides réussis que de meurtres et d'assassinats. **Didier Robin** avait synthétisé ces statistiques en une formule assez provocatrice mais riche de sens : nous vivons à une époque où l'on court beaucoup plus le risque de se tuer soi-même que d'être tué par un autre !

La Belgique ne fait malheureusement pas exception. Nous sommes confrontés à un véritable phénomène de crise mais ce n'est pas la seule raison de ces constats inquiétants. Le suicide est, plus que bien des maladies, un tueur silencieux et insidieux.

Pour l'entourage du suicidant, cet acte est souvent frappé d'incompréhension, voire même de honte. La question de la levée du silence entourant le suicide reste délicate car il s'inscrirait encore aujourd'hui sous le sceau du tabou. L'existence de lieux de parole spécialisés est dès lors primordiale pour permettre la mise en mots et ainsi éviter les écueils du silence.

Le suicide est souvent considéré comme la griffe de la désespérance individuelle et sociale. Il évoque pour beaucoup le refus d'une existence douloureuse et devenue insupportable. Passage à l'acte brutal ou parfois différé une vie durant, il peut être compris comme une ultime tentative pour dire l'indicible.

Ce phénomène est complexe, tant du point de vue psychologique que médical ou social, car il renvoie à de multiples facteurs. En effet, il trouve son origine tant dans l'histoire personnelle que dans le vécu actuel de l'individu, et comporte très souvent une composante relationnelle. Cet acte mortifère illustre ainsi le paradoxe de Kafka : « Loin, loin de toi se déroule l'histoire mondiale, l'histoire mondiale de ton âme... ».

## Le centre

### « Un pass dans l'impasse »

Depuis maintenant trois ans, le Centre de prévention du suicide et d'accompagnement « Un pass dans l'impasse » s'attache à développer un service de qualité en matière d'aide aux personnes prises dans le tourment suicidaire et de soutien à leur entourage.

Le centre poursuit principalement quatre axes de prévention :

- les **activités à destination du grand public**, telles que l'organisation de colloques, de soirées-débats, diverses publications, et des formations accessibles tant aux acteurs du secteur médico-psycho-social qu'aux professionnels de l'éducation. L'objectif est d'apporter une information claire sur le processus suicidaire, les signes précurseurs d'un passage à l'acte, et comment y faire face ;

- **l'intervention lorsque la crise suicidaire est avérée.** À ce niveau, l'objectif est de contenir la crise et de diminuer l'urgence en sécurisant la personne. Les conventions de collaboration que nous avons établies avec diverses structures de soin en santé mentale et les services d'urgence de plusieurs hôpitaux en région wallonne nous permettent d'intervenir dans les 72 heures qui suivent un comportement suicidaire. Nous pouvons dès lors apporter un soutien direct à la personne suicidante et à son entourage ;

- **l'accompagnement psychothérapeutique** à court terme que nous mettons en place avec la personne suicidaire. Notre objectif premier est d'évaluer le potentiel suicidaire en termes de risque, d'urgence et de dangerosité. Le cas échéant, lorsque ce potentiel est évalué comme étant moyen ou élevé, un contrat de non-suicide sera signé entre l'intervenant et la personne. L'essentiel dans tous les cas est de préserver la continuité du lien par des relances régulières. Nous essayons au maximum d'inclure l'entourage dans ce processus d'accompagnement ;

- **l'intervention dans le milieu (professionnel ou scolaire) où le suicide est survenu.** L'objectif est d'éviter la « contagion » et les phénomènes associés par l'animation d'un espace de parole adapté sur base de la technique du debriefing. Il s'agit de permettre l'expression des émotions face à la soudaineté et à la violence de l'effraction de la mort dans le quotidien du groupe.

En outre, le centre propose une démarche d'accompagnement aux personnes confrontées au décès d'un proche par suicide ou dans des circonstances traumatiques. L'accompagnement psychologique vise alors à dépasser la détresse affective liée à la perte. Ces activités se déroulent en entretien individuel ou sous la forme d'un groupe de parole pour personnes endeuillées.

Le centre s'est rapidement inscrit dans une démarche de proximité et pour favoriser l'accessibilité aux services proposés. Après à peine deux années de fonctionnement, déjà trois antennes ont vu le jour :

- à Liège, en collaboration avec la Mutualité Solidaris et les Femmes Prévoyantes Socialistes du réseau Solidaris, dans les locaux de l'Espace M, au cœur du quartier Sainte-Mar-

guerite, rue des Fontaines Roland 29 (consultation sur rendez-vous, les lundis de 13h à 17h et les jeudis de 9h à 13h).

- à Charleroi, en collaboration avec la Fédération des Mutualités Socialistes du Bassin de Charleroi et de Latitude Jeunes, rue d'Orléans 34 (consultation sur rendez-vous, les mardis de 9h à 13h, les mercredis de 13h à 17h et les jeudis de 13h à 17h).

- à Marche-en-Famenne, en collaboration avec la Mutualité Socialiste du Luxembourg, rue du Vivier 5 (consultation sur rendez-vous, les lundis de 9h à 13h et les vendredis de 13h à 17h).

D'autres antennes suivront.

La mission principale de ces antennes est de permettre une prise en charge rapide, efficiente et gratuite des personnes suicidaires et l'accompagnement de leur entourage. De plus, elles permettent de garantir un « filet de sécurité » associatif en favorisant les synergies et en développant des partenariats féconds avec les réseaux locaux. De cette manière, le centre entend adopter une attitude préventive réelle.

Afin de répondre à la demande croissante et pour assurer le fonctionnement de ces structures, l'équipe s'est agrandie pour compter aujourd'hui cinq psychologues, un assistant social, une accueillante téléphonique et un assistant administratif. En outre, le centre s'est établi dans de nouveaux locaux plus spacieux et mieux adaptés à Saint-Servais (Namur). Des consultations gratuites et une permanence téléphonique y ont lieu du lundi au vendredi de 9h à 17h.

Dans un contexte de confidentialité et de respect, les intervenants veillent à faciliter l'expression de la souffrance, à clarifier la situation, à mobiliser les ressources de chacun et à prendre du recul en vue d'ouvrir d'autres voies. En effet, permettre la compréhension de la spirale suicidaire, c'est restituer à l'individu la possibilité d'agir à chaque étape du processus dans le but de freiner l'emballement et d'envisager une autre issue.

L'enjeu de l'accompagnement psychologique est d'aider la personne à remobiliser en elle, et autour d'elle, ses ressources créatives et à ressaisir les outils qui lui permettent de façonner son existence. Cette créativité est essentielle à tout un chacun car elle permet de

dépasser la tension vitale entre la rigidité et la souplesse, la droite et la courbe...

**Xavier Malisoux**, psychologue,

coordination scientifique et publications  
Pour toute information : « Un pass dans l'impasse », Centre de prévention du suicide et d'accompagnement en Région wallonne,

chaussée de Waterloo 166, 5002 Namur,  
Tél. : 081 777 150, fax : 081 777 159,  
courriel : [info@lesuicide.be](mailto:info@lesuicide.be),  
site : [www.lesuicide.be](http://www.lesuicide.be)

« Spectateur est un mot obscène. Le spectateur est moins qu'un homme. Il faut l'humaniser et lui rendre sa capacité d'agir pleinement. Il doit être sujet, acteur, à égalité avec les autres qui deviennent à leur tour spectateurs... [...] La poétique de l'opprimé est d'abord celle d'une libération : le spectateur ne délègue aucun pouvoir pour qu'on agisse ou pense à sa place. Il se libère, agit et pense pour lui-même. Le théâtre est action. »

Augusto Boal, Théâtre de l'opprimé, La Découverte, Paris, 1996, p. 47-48

## Le poil à gratter de la santé publique

Voici un an paraissait l'ouvrage de **Bernard Goudet** 'Développer des pratiques communautaires en santé et développement local', un condensé remarquable de ses expériences et de ses recherches en la matière.

*Éducation Santé* se devait de porter la publication de cette 'sommé' à la connaissance de ses lecteurs, ce qui fut fait.

La sortie d'un ouvrage de référence en langue française n'est pas si fréquente, et votre revue estima que c'était un peu 'court' de se limiter à une brève recension. D'où l'idée d'inviter Bernard Goudet à présenter ses réflexions dans notre Communauté française. Idée immédiatement acceptée avec enthousiasme par **Chantal Vandoorne** et **Gaëtan Absil**, les collègues de l'APES-ULg, pour qui le sociologue bordelais est une 'légende vivante' (rien que ça !). Le résultat fut un double programme, composé d'une conférence à Bruxelles le 30 septembre, suivie d'une journée de séminaire à Liège le 1<sup>er</sup> octobre.

Le moins qu'on puisse dire est que cette initiative rencontra une belle adhésion, puisque tant à Bruxelles qu'à Liège, nous avons dû refuser du monde : plus de 100 personnes pour la conférence (la capacité de la salle était de maximum 70), plus de 30 personnes pour le séminaire (le nombre idéal étant de 20 participants).

Nous nous excusons de la frustration suscitée chez certains par ce (trop) grand succès, tout en nous réjouissant du pouvoir de mobilisation d'un auteur à la démarche fondamentalement progressiste. Le nombreux public issu du secteur des maisons médicales se trouvait

ici assurément plus en pays de connaissance que dans les colloques sponsorisés de la médecine dominante...

### Donner du temps au temps

Dans sa brève introduction, **Alda Greoli**, Secrétaire nationale des Mutualités chrétiennes, rappela qu'il n'y a pas de hasard, qu'il est logique qu'un 'enfant de l'éducation populaire' (comprendre 'éducation permanente' chez nous) tel que Bernard Goudet ait consacré une bonne partie de sa carrière à donner la parole à ceux qui ne l'ont pas et à forger avec eux les outils de leur émancipation. Une philosophie de la réflexion et de l'action qui ne devait pas manquer de sonner juste aux oreilles d'une audience très majoritairement féminine.

Le conférencier exposa ensuite de façon très didactique le sujet du jour, avec un utile rap-

pel conceptuel, une typologie empirique des situations appelant des pratiques communautaires, et une analyse de 12 actions, en France et en Belgique, caractérisées par la présence de dimensions fondamentales de l'action communautaire (atteinte d'un certain degré d'empowerment des acteurs, orientation ascendante de la démarche...). Occasion de régler avec humour un compte avec ses 'collègues' spécialistes de santé publique à l'Université, dont il déplora une certaine forme de condescendance à l'égard des 'bénéficiaires' des programmes. Il n'hésita pas à comparer la promotion de la santé non pas à du poil à gratter, mais carrément à une 'verrue' en plein milieu du 'beau visage' de la santé publique. C'était sans doute un rien injuste, mais à coup sûr une façon percutante de rappeler que la prise en compte des facteurs sociaux fait parfois un peu désordre dans les belles constructions épidémiologiques.

Sans nous donner de trucs et astuces, il pointa aussi quelques éléments participant au succès d'une démarche communautaire, comme la prise de conscience par les professionnels du caractère discontinu du temps nécessaire à concrétiser ensemble une action aux effets durables.

Bernard Goudet avait été très discret sur la question de l'évaluation tout au long de son exposé, et un participant s'en inquiéta à juste titre au moment des questions-réponses. Cela tombait bien, le conférencier rassura tout le monde en précisant que le séminaire du lendemain porterait précisément sur ce sujet !

### Outil de référence

L'ouvrage 'Développer des pratiques communautaires en santé et développement local' de Bernard Goudet est paru fin 2009 aux Éditions Chronique Sociale (Lyon). Il brosse un panorama très complet de la problématique, largement illustré par la présentation et l'analyse comparative d'actions communautaires en France et dans notre pays. Difficile à trouver en Belgique, il est en vente via le site de l'éditeur [www.chroniquesociale.com](http://www.chroniquesociale.com)

## Participer en ayant voix au chapitre

Il n'aurait pas été cohérent de parler de participation au nom d'acteurs engagés dans des processus de développement communautaire sans leur permettre de s'exprimer. Le séminaire permit à une trentaine de personnes d'être confrontées à 5 initiatives 'communautaires' à des degrés divers, avec pour chacune une attention toute particulière au lien entre les actions développées et leur évaluation. Occasion aussi pour l'APES de rappeler sa conception très démocratique de l'évaluation, à la fois participative et négociée.

**Vérane Vanexem** mit ainsi en évidence le processus permanent d'amélioration de la qualité de l'évaluation dans le travail de proximité de l'asbl Les Pissenlits, active dans le quartier Cureghem (Anderlecht); **Stéphanie Bednarek** décrit les avancées du projet Ensemble Travaillons Autour de la Petite Enfance, qui vise à la stimulation psychomotrice de jeunes enfants présentant des retards de développement sans cause organique apparente; **Geneviève Everarts** nous replongea dans un autre quartier populaire de Bruxelles, les Marolles; **Michel Demarteau** n'évolut pas les



Bernard Goudet (à gauche) règle les derniers détails de son exposé avec Gaëtan Absil (APES-ULG)

Photo © Michel Pettiaux

difficultés pour une institution provinciale de construire un projet d'évaluation participative à la mesure d'enjeux territoriaux importants

et impliquant un engagement autre que formel des élus locaux dans la démarche; enfin, deux membres de l'APES, **Cetty Saglimbene** et **Geoffroy Melen** présentèrent la construction d'un outil d'autoévaluation en promotion de la santé à l'école avec les acteurs de la PSE. Le tout fut commenté avec modestie et pertinence par Bernard Goudet, qui rappela bon nombre d'évidences (pas si évidentes que cela, d'ailleurs, le non-dit, l'implicite faisant souvent des dégâts) tirées à la fois de ses analyses et de sa riche expérience personnelle. Nous aurons très certainement l'occasion de revenir sur ces questions dans un prochain numéro.

En attendant, nous ne saurions trop vous recommander la lecture du livre de Bernard Goudet. Et si vous souhaitez une première approche on ne peut plus pertinente du concept, lisez aussi le texte remarquable 'Pratiques communautaires à Bruxelles', qu'**Alain Cherbonnier** vient de publier dans *Bruxelles Santé* (n° 59, juillet-août-septembre 2010), pour une première approche on ne peut plus pertinente.

**Christian De Bock**

## LOCALE

# Le Tableau de bord de la santé à Bruxelles

Le troisième Tableau de bord de la santé, publié cette année par l'Observatoire de la Santé et du Social offre une vision globale de la santé à Bruxelles aujourd'hui, et traduit la volonté de suivi en continu de la santé de la population bruxelloise, dans son contexte démographique, social et multiculturel.

Les données récoltées et analysées proviennent de multiples sources, les deux principales étant les bulletins statistiques de naissances et de décès, pour lesquels nous disposons de 10 années de données (1998-2007) et les trois premières Enquêtes nationales de santé (1997-2001-2004)<sup>1</sup>.

Les particularités de cette nouvelle édition sont :

- la durée de la période d'observation (10 années), permettant de repérer des évolutions;
- la comparaison de la Région bruxelloise avec les grandes villes belges plutôt qu'avec les régions, étant donné que le caractère urbain de la région influence fortement les problèmes de santé;
- une analyse plus détaillée des inégalités sociales de santé ainsi que des inégalités de santé par nationalité.

Enfin, l'objectif principal de ce Tableau de bord n'est pas d'évaluer les politiques et les actions

réalisées en santé, mais bien de mettre à disposition un outil d'aide à la décision pour tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique coordonnée de santé : responsables politiques, professionnels de santé et acteurs impliqués dans les nombreux domaines qui déterminent la santé de la population.

### Des informations positives

Bruxelles est une **région en croissance**, dont le taux de natalité, en augmentation depuis 1985, est le plus élevé du pays (15,7 ‰). C'est

<sup>1</sup> Les résultats de la quatrième Enquête de santé n'étaient pas encore connus au moment où ce Tableau de bord a été rédigé (ndlr).

une région jeune, dont l'**âge moyen diminue** (37,7 ans en 2007) comme c'est le cas dans toutes les grandes villes belges.

**75 % de la population se sent en bonne santé**, ce pourcentage est stable depuis 1997. La proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est la plus élevée dans les grandes villes wallonnes et la plus faible dans les grandes villes flamandes.

L'**espérance de vie continue de s'allonger**, comme dans le reste du pays : en 2006, elle atteint 76,9 ans pour les hommes (pour 73,6 ans en 1995) et 82,0 ans pour les femmes (pour 80,5 en 1995).

On observe également une **diminution continue de la mortalité**, y compris de la **mortalité prématurée (<65 ans)**, particulièrement pour les hommes et de la mortalité **fœto-infantile** (mortalité avant la naissance jusqu'à l'âge d'un an).

Les **taux de mortalité diminuent** pour les **principales causes de mortalité** dans les deux sexes :

La **mortalité cardiovasculaire** (32 % des décès) diminue, et la Région bruxelloise se classe parmi les régions présentant les taux les plus faibles d'Europe. Ceci s'explique par un meilleur contrôle des facteurs de risque comme l'hypertension et le diabète, une amélioration des habitudes alimentaires, une diminution du tabagisme et une amélioration de la prise en charge de l'infarctus par exemple. Cependant, l'augmentation actuelle de l'obésité, de la sédentarité et du stress pourraient compromettre le maintien de cette tendance dans le futur.

La **mortalité par cancer** a diminué (24 % des décès) en particulier la mortalité prématurée par **cancer du poumon** chez l'homme et par **cancer du sein** chez la femme entre 40 et 70 ans.

Le taux de **mortalité par suicide** a tendance à diminuer depuis 20 ans, particulièrement chez les hommes, même s'il reste plus élevé que la moyenne européenne.

La **mortalité prématurée due à l'alcool** ainsi que les **décès masculins par accident de circulation** ont également diminué.

Le **taux d'allaitement maternel** exclusif à la sortie de la maternité continue d'augmenter (91,4 %) et est supérieur aux autres régions du pays

De plus en plus de Bruxellois adoptent des **habitudes alimentaires favorables à la santé** comme prendre un petit déjeuner, consommer régulièrement des fruits ou du poisson. Entre 1997 et 2004, le pourcentage de **femmes fumant quotidiennement** est passé de 24 % à 18 %.

La **multiculturalité** peut être un facteur d'atténuation des différences entre les classes sociales pour certains problèmes de santé, parce que parmi les populations les moins favorisées se trouvent une part non négligeable de migrants qui ont, ou ont eu, dans leur parcours de vie, des styles de vie relativement plus favorables à la santé. Ainsi l'allaitement maternel, la consommation de fruits, légumes et poisson, la non-consommation d'alcool et de tabac (sauf pour les hommes turcs) sont des facteurs protecteurs par rapport à certains problèmes de santé. Le taux de suicide est également plus bas chez les Bruxellois de nationalité non belge.

### Problèmes de santé à épingle

Les cinq premières causes de mortalité prématurée sont, pour l'homme, par ordre décroissant, le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques, le suicide, les accidents domestiques et les maladies liées à l'alcool. Pour les femmes, ce sont le cancer du sein, le cancer du poumon, le suicide, les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques. Les taux de mortalité prématurée des femmes sont nettement inférieurs à ceux des hommes, mais le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon a nettement augmenté chez les femmes entre 1998-2002 et 2003-2007.

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme (plus d'un cancer sur trois), la première cause de décès par cancer et la première cause de décès chez la femme avant 65 ans. La Région bruxelloise fait partie des régions européennes présentant les taux les plus élevés.

Même si globalement la mortalité prématurée est moins importante chez la population non belge, il existe des variations suivant les causes de décès mais aussi les nationalités. La mortalité prématurée est significativement plus élevée pour les hommes et les femmes d'Afrique subsaharienne. Les bébés de mère turque, marocaine ou provenant d'un pays

d'Afrique subsaharienne ont plus de risque de mourir en période périnatale que ceux des mamans belges.

Le poids du tabagisme sur la santé et la mortalité des Bruxellois reste très important (responsable de 24 % des décès masculins de plus de 35 ans et 9 % des décès féminins), même s'il se réduit pour les hommes.

La dépendance à l'alcool reste un problème préoccupant en Région bruxelloise malgré l'importance du nombre d'abstinents : un homme sur 3 et une femme sur 5 ont une consommation d'alcool « à risque ». L'alcool joue également un rôle majeur dans la mortalité prématurée : 13 % des années potentielles de vie perdue chez l'homme ont été causées par l'alcool, 7 % chez les femmes.

L'augmentation des infections sexuellement transmissibles ainsi que de la transmission hétérosexuelle du VIH chez les hommes belges signe de façon préoccupante un affaiblissement des comportements de prévention, non seulement chez les hommes d'âge moyen mais également chez les hommes jeunes.

Le poids du diabète dans le total des décès augmente au cours des 10 dernières années. La proportion d'hommes ou de femmes déclarant souffrir de diabète n'est pas différente à Bruxelles de la proportion dans les grandes villes wallonnes et flamandes mais on observe par contre une augmentation chez les Bruxelloises entre 1997 et 2004. De plus, il existe une prévalence plus importante chez les femmes turques et marocaines que chez les femmes belges.

Environ 11 % de la population de plus de 18 ans souffre d'obésité (BMI > 30). La proportion d'hommes en excès pondéral (BMI > 25) et obèses a augmenté significativement entre 1997 et 2004. Ce type de problème est lié à une alimentation trop riche mais également à une diminution de l'activité physique. 36 % des femmes turques et 29 % des femmes marocaines souffrent d'obésité.

L'ampleur des problèmes de santé mentale a été évaluée à partir des données de mortalité, d'invalidité, d'hospitalisations ou d'enquêtes. En Région bruxelloise, on observe une proportion significativement plus élevée de « mal-être » psychologique par rapport aux autres grandes villes belges (13 % des hommes et 19 % des femmes); les troubles mentaux sont la

première cause d'invalidité; le taux de mortalité par suicide est supérieur à la moyenne européenne et constitue la première cause d'années potentielles de vie perdues pour les hommes et la deuxième pour les femmes; 9,5% des Bruxellois souffrent de troubles dépressifs; le taux d'admission hospitalier pour troubles psychotiques est beaucoup plus élevé que dans d'autres régions.

Plusieurs facteurs expliquent probablement l'ampleur des problèmes de santé mentale en Région bruxelloise: une précarité d'une partie importante de la population, une moindre cohésion sociale, un statut de grande ville et de capitale.

### Inégalités sociales de santé

Malgré une amélioration générale de l'état de santé des populations, les inégalités sociales de mortalité et de santé persistent et même tendent à s'aggraver dans les pays développés. Il ne s'agit pas seulement d'une différence qui oppose les groupes les plus défavorisés mais bien d'un gradient continu qui traverse tout le corps social.

Ces inégalités ont des causes dans de nombreux domaines, parfois bien loin de la santé, comme l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les politiques de redistribution des richesses, l'accès aux soins et le coût des soins... Toutes les étapes de la vie sont concernées et ces facteurs agissent sur la santé et la mortalité de manière cumulative et interagissent entre eux.

Les **inégalités sociales** restent très marquées en Région bruxelloise:

- plus d'un Bruxellois sur 4 vit sous le seuil de risque de pauvreté;
- 28 % des bébés sont nés dans un ménage sans revenu du travail;
- 17 % des bébés sont nés d'une mère isolée.

Parce qu'on retrouve parmi la population bruxelloise toutes les couches sociales depuis les plus pauvres jusqu'aux plus riches, **les inégalités sociales de santé à l'intérieur de la région sont très marquées, et cela dès la naissance**: un enfant a plus de 2 fois plus de risques de décéder avant l'âge d'un an dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus.

**Ces inégalités se poursuivent tout au long de**



Photo © Isopix

**la vie**, avec des risques de souffrir de maladies chroniques, d'accidents ou de problèmes de santé mentale qui croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Par exemple, les personnes les moins diplômées, les chômeurs et les adolescents de milieu social plus défavorisé se sentent en moins bonne santé que les autres; la fréquence du tabagisme et des problèmes respiratoires chroniques est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est faible (30% des filles fréquentant l'enseignement technique fument quotidiennement); la fréquence des troubles dépressifs est plus élevée chez les personnes à faible niveau d'instruction et chez les chômeurs; les femmes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire souffrent 4 fois plus souvent d'obésité que les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur... On retrouve également un gradient social pour les affections cardiaques graves, les maladies respiratoires chroniques, le diabète et les affections persistantes du dos.

On constate de fortes inégalités sociales pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Étant donné l'hétérogénéité sociale de l'espace bruxellois, les inégalités sociales face à la santé peuvent être approchées par les **inégalités de mortalité entre les communes**. Les habitants des communes aisées du sud-est de la région bénéficient du taux de mortalité et de mortalité prématurée le plus faible, en général et pour quasi toutes les principales

causes de décès, à l'exception du cancer du sein et du suicide.

**Les habitants des communes plus pauvres meurent plus jeunes.** Pour la période 2003-2007, les hommes ont une espérance de vie à la naissance de 3,4 ans inférieure à celle des habitants des communes les plus riches et les femmes de 3,1 ans. Cet écart a même augmenté chez les hommes par comparaison avec la période 1998-2002 (écart de 2,7 ans).

**Les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles.** Dans le cadre d'une amélioration générale des indicateurs de santé, cet accroissement des inégalités est le plus souvent lié à une évolution favorable plus prononcée pour les populations plus aisées. C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou cardiopathies ischémiques ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes. Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme pour l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes.

*D'après un communiqué de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Le Tableau de bord peut être téléchargé en tout (296 pages!) ou en partie sur le site [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be), rubrique 'Publications'.*

# Apprenons à vivre ensemble

## Description de l'outil

Le matériel est composé de 3 classeurs comportant des séquences d'activités ludiques (programme progressif), des supports pour les élèves (à photocopier), un CD audio : "Le Roi Bolduck", par la Cie Rires aux larmes et un cédérom Ressources.

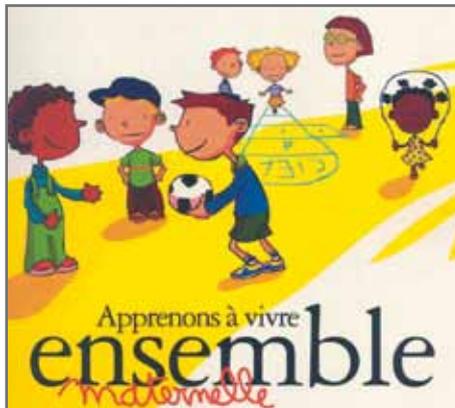
"Vivre Ensemble Maternelle" est une véritable démarche pédagogique qui s'appuie sur les situations courantes de la maternelle pour permettre à l'enseignant de développer facilement chez ses élèves des comportements d'aide, d'attention aux autres et de respect.

Les séquences s'appuient sur une programmation d'activités qui mettent en jeu les capacités artistiques, créatives, corporelles et langagières des enfants, pour leur permettre d'expérimenter, d'explicitier et de s'appropriier progressivement les composantes essentielles du Vivre ensemble.

Toutes les séquences proposées ont pour base les activités scolaires (arts plastiques, motricité, expression corporelle, musique...). Cela sert à montrer que le "Vivre ensemble" doit exister dans les actes de la vie scolaire et sociale. La participation des élèves dans des situations ludiques mais concrètes leur permettra de prendre conscience et d'intégrer les contraintes de la vie en collectivité. Chaque série comporte un minimum de 5 séquences. Ces séquences font partie d'un apprentissage, elles doivent donc être véritablement exploitées comme telles, en suivant la progression proposée. Compétences travaillées : expression orale, argumentation, autonomie et prise d'initiative, se connaître et connaître l'autre, respect des règles, respect des autres.

Modalités de mise en œuvre :

- Programmation en 12 séances sur 12 semaines (PS et GS) ou 17 séances sur 17 semaines (MS) ;
- Une séance de 30 minutes par semaine ;
- Travail en groupe, classe, demi-classe, supports visuels ;



- Activités : expression (corporelle, orale, écrite), manipulation, confrontation, débat.
- Disponible en librairie ou chez le promoteur.  
Prix (TTC) : PS = 34,50 € ; MS = 40,50 € ; GS = 37,50 €

Les Éditions de la Cigale, BP 2653, 38036 Grenoble cedex 2.

Courriel : [info@editions-cigale.com](mailto:info@editions-cigale.com).

Vous trouverez des informations complémentaires (extraits, vidéos, etc.) sur le site de l'éditeur [www.editions-cigale.com](http://www.editions-cigale.com).

Les CLPS suivants peuvent vous prêter cet outil : CLPS du Brabant wallon, CLPS de Liège, CLPS de Mons-Soignies.

## L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa<sup>1</sup>

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention 'coup de cœur' à cet outil (octobre 2008).

## Appréciation globale

Ce programme, construit en fonction du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant, témoigne d'un double regard théorique et pratique. Il s'appuie sur le développement de compétences spécifiques à l'école maternelle, au travers d'activités artistiques, corporelles, d'éveil et de langage. Les activités proposées s'adaptent de manière réaliste au public cible et utilisateur, ainsi qu'au contexte scolaire.

La dimension corporelle est largement prise en compte et permet de faire vivre les concepts pour construire les images mentales et les compétences. Adapté aux situations problématiques parfois rencontrées au sein des groupes classe, il construit des compétences transversales : éducation citoyenne, compétences psychosociales, renforcement du pouvoir d'agir et de dire.

Même s'il est séquençable dans sa forme, le programme demande à être utilisé dans son ensemble pour atteindre ses objectifs.

Le dossier, très soutenant pour l'enseignant, présente de nombreuses qualités : photocopiable, facilement utilisable d'année en année et s'appuyant sur un matériel disponible en classe. Le support théorique argumente avec clarté le pourquoi du programme et une riche bibliographie commentée accompagne la réflexion de l'utilisateur.

Petits plus : le programme fournit des suggestions des enseignants qui ont testé le matériel et prévoit des pistes pour impliquer les parents. De plus, le site du promoteur fournit des témoignages, documents téléchargeables pour « mettre l'eau à la bouche ».

Remarque : l'ergonomie du CD Rom date un peu et la production de 3 cahiers différents n'était sans doute pas nécessaire étant donné les nombreux points communs entre eux.

## Objectifs de l'outil

- Comprendre la nécessité des règles pour vivre ensemble (distinction entre autorité et toute puissance).
- Se connaître, connaître l'autre dans sa différence et le respecter.
- Comprendre que la loi est pareille pour tous.

## Public cible

3 à 6 ans

## Utilisation conseillée

Suivre les recommandations du promoteur.

<sup>1</sup> Voir sur [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

## Un peu de littérature d'anticipation

1<sup>er</sup> septembre 2317, de notre envoyé spécial à Brulville

### Une découverte intrigante

Les archéologues travaillant sur le site mis à jour pour la construction du nouveau spaciodyme de Brulville ont découvert, parmi de nombreux autres vestiges, des objets très curieux.

De forme le plus souvent circulaire, ils sont creusés en leur centre et présentent des gouttières (de 1 à 4 généralement) horizontales. Ils existent en formats et matières (verre, métal, etc.) divers.

Les chercheurs s'interrogent sur l'usage de ces objets. L'équipe de l'Université de Nicoti-

neville ose un rapprochement avec des vestiges électroniques retrouvés dans cette ville le siècle dernier. Sur les images de piètre qualité, on pouvait deviner des personnages du début du troisième millénaire rassemblés en divers lieux, au voisinage d'objets similaires, généralement vides.

Vu la présence quasi généralisée de ces objets dans les documents d'archive présentant des vues en extérieur, une signification rituelle est envisagée par les chercheurs, d'autant plus qu'une étrange gestuelle est observée dans

leurs parages : mouvements des mains et des bras, voire de la bouche. Certains avancent l'hypothèse d'un mini autel d'offrandes, car dans de rares vestiges électroniques, on discerne vaguement des objets tubulaires blanchâtres dégageant de la fumée disposés dans ces réceptacles. L'avenir et les recherches en cours nous permettront sans doute de mieux comprendre la signification de ces découvertes. À suivre donc...

**Q. Witoutti**

## Aider l'élève à construire sa vie

Sous-titré 'Approches plurielles de l'éducation', cet ouvrage de **Patrick Tancrez** (psychologue et logopède, responsable d'un Centre PMS) développe différents thèmes qui mettent en jeu l'éducation cognitive, corporelle, morale, relationnelle et politique. Il approfondit une série de sujets fondamentaux : le langage, la violence, les matières scolaires, le corps, l'architecture, la sexualité, les rapports sociaux, l'inclusion des élèves avec déficience ou handicap, l'évaluation du travail et des institutions, sans oublier le travail social ainsi que l'accompagnement et l'aide psychologiques. Il adopte des points de vue complémentaires : philosophie, psychologie, sociologie, pratique, politique.

Dans sa première partie, 'Aider l'élève à construire sa vie' fait un large tour d'horizon des nombreuses questions que les enseignants se posent aujourd'hui : finalités de l'éducation et de l'instruction, rapports à la violence, aux savoirs, approches pédagogiques des matières, le corps et la sexualité, les rapports sociaux entre filles et garçons, les rapports sociaux liés aux différences économiques et culturelles, les élèves présentant une déficience, l'orientation, le mérite, l'efficacité, l'aventure humaine que constitue l'éducation.

La seconde partie présente (parfois un peu rapidement) des outils pour aborder une série de

questions très concrètes : harcèlement moral, racket, affectivité, éducation à la sexualité... Originalité de l'ouvrage, sa lecture est rythmée par une vingtaine de poèmes.

Il est destiné aux professionnels des différents métiers liés à l'éducation scolaire, aux futurs professionnels en formation, aux parents d'élèves et aux politiques.

*Patrick Tancrez, Aider l'élève à construire sa vie, Approches plurielles de l'éducation, Chronique sociale (Lyon), 2010, 208 pages, 15 € 90. Adresse de l'éditeur : 7 rue du Plat, 67002 Lyon, France. En vente via le site : [www.chroniquesociale.com](http://www.chroniquesociale.com).*

## Emploi et VIH

La nouvelle publication de l'Observatoire du sida et des sexualités porte sur le 'maintien, le retour et la non-discrimination dans l'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida en Belgique'. Elle fait suite à une journée d'étude en décembre 2009. La première partie est consacrée à la présentation de projets de Sidaction (France) et de l'Aide suisse contre le sida.

La deuxième partie présente les dispositifs institutionnels belges : outils de lutte contre les discriminations, aides octroyées par l'AWIPH, aides dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité...

La troisième partie aborde les expériences des personnes séropositives dans leur rapport à l'emploi, à la fois par des témoignages

vécus et des constats de professionnels associatifs et médicaux.

La quatrième partie traite des politiques d'emploi à l'épreuve de la 'diversité' et de l'égalité des chances, que ce soit au niveau fédéral (Selor), au niveau régional (Wallonie et Bruxelles-Capitale) ou encore dans le secteur associatif.

Le document reprend aussi les échanges de la table ronde ayant clôturé la journée.

Les auteurs espèrent ainsi contribuer à alimenter la réflexion et aider celles et ceux qui désirent améliorer les situations sociale et pro-

fessionnelle des personnes vivant avec le VIH en Belgique.

*Emploi et VIH, Charlotte Pezeril (coordination), Observatoire du sida et des sexualités, 2010, 112 pages. Disponible*

(maximum 10 exemplaires) au 02 211 79 10, courriel : [observatoire@fusl.ac.be](mailto:observatoire@fusl.ac.be).

Également téléchargeable sur le site [www.observatoire-sidasexualites.be](http://www.observatoire-sidasexualites.be) (1,31 Mo).

## BRÈVES

### Citation du mois

« À trop mesurer le monde, on en oublie de le penser. »  
(Jean-Claude Guillebaud)

### Santé mentale

#### Wavre

18 novembre 2010

Dans le cadre des Midis de Wavre, un cycle de conférences « Ressources » est organisé par le Centre de Planning et de Consultation Familiale et Conjugale de Wavre. La prochaine conférence aura lieu le 18 novembre 2010, sur la thématique « Les ressources des familles », par **Martine Goffin**, psychologue, psychanalyste, responsable du département adolescents et jeunes adultes du Service de santé mentale Chapelle-aux-Champs. Lieu : Salle des Templiers de l'Hôtel de Ville de Wavre.

Horaire : 12h15 à 13h15, suivi d'un verre et d'un moment d'échange avec la conférencière.

Renseignements : Centre de Planning et de Consultation Familiale et Conjugale de Wavre, rue Théophile Piat 26, 1300 Wavre.

Tél/fax : 010 22 55 88.

Courriel : [planningwavre@gmail.com](mailto:planningwavre@gmail.com)



### Outil

Bruxelles

23 novembre

10 ans, ça se joue ensemble ! N'oubliez pas la fête à PIPSa (voir article en page 7) !

### Santé mentale

#### Charleroi

10 décembre 2010

Regards sur la santé mentale : nouvelles questions, nouvelles approches ? Colloque organisé par le Service de santé mentale du CPAS de Charleroi dans le cadre de son 30<sup>e</sup> anniversaire.

En matinée, séance plénière avec des interventions d'**Alain Ehrenberg**, sociologue et de **Serge Tisseron**, psychiatre, psychanalyste.

L'après-midi sera consacré à 7 ateliers :

“Donnez-moi et je serai - Patient-thérapeute, qu'en est-il de la singularité de leur rencontre aujourd'hui ?”

“Alice au pays du Net : quand l'internet interroge la prévention et la prise en charge en santé mentale”

“Le travail thérapeutique sous injonction judiciaire : est-ce possible ?”

“Le travail de proximité avec des familles en rupture de lien/précarisées. Expérience de soutien à la parentalité au Service de santé mentale”

“La place et l'utilisation du médicament en Service de santé mentale”

“Promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes en lieux de vie”

“Evolution et enjeux des modèles de gestion dans les SSM”

Pour tout renseignement : M<sup>me</sup> Dina Panunzi, tél. 071 28 19 47, courriel : [30ssm@cpascharleroi.be](mailto:30ssm@cpascharleroi.be).

### Santé publique

#### Bruxelles

17 décembre 2010

Séminaire (en anglais) consacré aux 'Methods in Health Survey Research', organisé par la Belgian Association of Public Health, l'Interuniversity Institute for Biostatistics and statistical Bioinformatics (U Hasselt - KU Leuven) et le Département des Sciences de la Santé publique - Ulg.

Il aura lieu dans les bâtiments de Kind & Gezin, av. de la Porte de Hal 27, 1060 Bruxelles.

PAF : 30 € (membres BAPH), 50 € (non-membres).

Inscription pour le 3/12 via le site [www.baph.be](http://www.baph.be).

Renseignements : Jamila Buziarsist,

tél. : 02 642 57 09, fax : 02 642 54 10,

courriel : [jamila.buziarsist@wiv-isp.be](mailto:jamila.buziarsist@wiv-isp.be).

### Sevrage tabac

#### Mons

11 janvier 2011

Les Mutualités libres organisent en collaboration avec le Service d'étude et de prévention du

tabagisme (SEPT asbl) des sessions de groupes (maximum 15 personnes) pour arrêter de fumer. La prochaine commence par une séance introductive, de 19h30 à 21 h dans les locaux de Partenamut, Bd Sainctlette 73/75, 7000 Mons.

Les séances proprement dites auront lieu les mardis 25/1, 1/2, 8/2, 15/2 et 1/3 de 19h30 à 21h.

Les frais sont de 75 € pour les membres Omnimut et de 125 € pour les non-membres.

Renseignements : [stoptabac@mloz.be](mailto:stoptabac@mloz.be).

Internet : [www.mloz.be/stoptabac](http://www.mloz.be/stoptabac).

### Santé publique

#### Bruxelles

11 au 15 avril 2011

Première Université de Printemps francophone en santé publique

La santé fait l'objet d'enjeux majeurs : scientifiques, économiques, éthiques... Son coût, sa place, ses représentations, ses modes d'organisation... sont au cœur de débats publics de plus en plus larges. Élus, professionnels, citoyens, tous sont concernés. Autant de bonnes raisons pour une initiative nouvelle en matière de formation.

#### Contenu

Cette université de printemps est le fruit d'un partenariat entre l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles, l'asbl Éduca Santé, l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon et l'Université francophone de Dakar en promotion de la santé. Elle vise à faire le lien entre action et recherche et à répondre à des problématiques concrètes, en favorisant une réflexion et des échanges autour d'expériences originales. La promotion de la santé en constitue le fil conducteur.

Basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun, cette formation est ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique et à tout acteur qui veut améliorer ses compétences dans ce domaine. Les 6 modules proposés pour cette 1<sup>ère</sup> année

sont destinés entre autres à des professionnels en activité ainsi qu'à des élus ou usagers.

Les thèmes abordés lors de cette 'première' seront la santé et le bien-être au travail ; les inégalités sociales de santé : des connaissances et des outils pour mieux agir ; les politiques et stratégies pour une coopération de qualité en santé internationale ; l'entretien motivationnel : communiquer autrement pour engager le changement ; l'étude de l'impact sur la santé des politiques publiques ; l'intégration des statistiques dans la pratique de terrain : décodage et traitement de l'information en santé.

#### En pratique

Maximum 20 participants par module.

Date limite d'inscription : 15/02/2011.

Tarif : avant le 15 janvier, 500 € (individuel) et 650 € (institution), après le 15 janvier 600 et 800.

Possibilité de bourse pour les personnes venant des pays du Sud.

Personne de contact : Myriam Dekerpel.

Tél. : +32 2 555 40 11. Fax : +32 2 555 40 49.

Courriel : [myriam.dekerpel@ulb.ac.be](mailto:myriam.dekerpel@ulb.ac.be)

Vous trouverez plus d'information sur cette

Université de printemps en vous rendant sur le site

<http://www.ulb.ac.be/esp/univprintemps/>

## PLRS 2011

### Ottawa

Du 27 au 30 juin 2011

Après Amiens (2001), Québec (2004) et Mons (2008), le Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé retrouve le Canada pour sa 4<sup>e</sup> édition.

Il se centrera sur les thématiques suivantes :

- action en réseau et gouvernance des systèmes ;
- développement des compétences et partage des connaissances ;
- équité dans les politiques et les programmes ;
- évaluation et soutien à l'innovation.

Le délai pour soumettre une communication est le **30 novembre 2010**. Les communications peuvent être orales, écrites (affichées) ou prendre la forme d'un symposium avec plusieurs intervenants et un débat d'au moins 45 minutes.

Pour de plus amples informations (e.a. économie à réaliser avec une inscription 'hâtive' avant le 1<sup>er</sup> mars), [www.plrs-ottawa2011.com](http://www.plrs-ottawa2011.com).

## Revues Prescrire

### Classement des troubles mentaux, attention aux dérives

L'Association psychiatrique américaine (APA) publie une classification des troubles mentaux qui conduit à une médicalisation des émotions et de l'existence.

Le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), manuel diagnostique et statistique, à l'origine destiné à la recherche, est devenu très influent dans le domaine de la psychiatrie, même s'il a toujours été critiqué par certains.

Une analyse de documents internes de l'Association psychiatrique américaine, publiée en 2008, a montré à quel point les différentes versions du DSM (jusqu'au DSM IV-TR en cours) ont été rédigées avec un manque de rigueur et un arbitraire confondants. Une personne très impliquée dans l'élaboration des derniers DSM s'est alarmée à son tour des dérives observées dans l'élaboration du DSM V, attendu pour 2013. Le projet comporte de nouvelles 'pathologies' qui seront inmanquablement banalisées par le marketing des firmes pharmaceutiques. Cela risque de mettre inutilement des personnes sous des traitements peu efficaces et aux effets indésirables importants : 'risque de syndrome psychotique', 'troubles neurocognitifs mineurs', etc.

Le projet de DSM V comporte aussi l'abaissement du nombre de critères conduisant à diagnostiquer certains troubles. C'est le cas par exemple du syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, en divisant par deux le nombre de symptômes nécessaires à son diagnostic chez l'adulte ; de la dépression majeure étendue aux deuils, etc.

Ces alertes soulignent que chacun doit se méfier du DSM, du marketing des firmes, de l'invention des maladies, et en général de la médicalisation de l'existence.

Communiqué par la revue *Prescrire*, 323, septembre 2010

### Santé en Communauté française

Deux fois par an, la Direction générale de la Santé nous propose une publication mettant en évidence très concrètement la manière dont elle exerce ses compétences dans cette matière.

La livraison de septembre se concentre sur 'La santé des 18 – 30 ans : de multiples chemins pour se construire'. Ce dossier d'une vingtaine de pages aborde l'épidémiologie des traumatismes, les

dépendances chez les jeunes adultes, et quelques programmes spécifiques à ce public.

*Santé en Communauté française* est téléchargeable sur le site [www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be)

## Internet

À découvrir, le site du Service Education pour la Santé (Huy), à l'adresse : [www.ses-asbl.be](http://www.ses-asbl.be).

Vous y trouverez notamment écho au travail que livre l'asbl dans les prisons.

## Maladies transmissibles

La ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances, Fadila Laanan, a fait approuver par le gouvernement de la Communauté française le cahier spécial des charges du marché de service relatif à la prévention et à la prophylaxie des maladies transmissibles (grippe, méningite, infections sexuellement transmissibles, sida, oreillons, rougeole, etc.).

Il s'agit là d'une première étape dans le processus entamé en raison de la prochaine arrivée à échéance, le 31 décembre 2010, de la convention quinquennale signée le 15 novembre 2006 par la Communauté française avec l'Institut scientifique de santé publique. Cette convention définissait, d'une part, les missions qui lui ont été confiées et, d'autre part, les modalités d'octroi de sa subvention pour les remplir.

Ces missions comprennent quatre domaines d'activités :

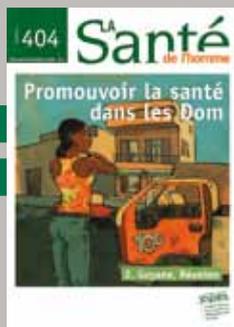
- les maladies transmissibles : déclaration, surveillance, alerte rapide et épidémiologie d'intervention ;
- la santé environnementale ;
- le traitement des certificats de naissance et de décès ;
- l'information socio-sanitaire.

Trois marchés de service sont envisagés pour couvrir les besoins de la Communauté française à l'occasion du renouvellement de cette convention.

Le cahier spécial des charges adopté ce jeudi concerne l'axe « Prévention et prophylaxie des maladies transmissibles en Communauté française » et porte sur un marché de service de 450.000 €.

Les axes « Information socio-sanitaire » et « Santé environnementale » feront l'objet de deux procédures distinctes, pour des montants à ce jour estimés à 184.000 et 200.000 €.

(communiqué par la ministre)



## Dossier. Promouvoir la santé dans les DOM - Guyane, Réunion

Introduction, *Elodie Aïna, Yves Géry*  
Prévention dans les Dom : adapter les campagnes de communication au contexte local, *Elodie Aïna*  
Antilles-Guyane : le programme Carambole s'attaque à l'obésité, *Malyka Kancel, Natacha Babot, Pascale Melot*

### Guyane

Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé, *Mélina Bailleux*  
Améliorer l'accès à l'eau potable : une urgence en Guyane, *Dominique Maison, Alexandre Habert, François Mansotte, Colin Durand, Nathalie Marion*  
Prévention de la dengue en Guyane : une campagne d'information des populations, *Dominique Maison, Marie-Line Sauvée, François Mansotte, Sophie Pinchon, Johanna Caudal*  
Guyane : les professionnels formés à la prise en charge des migrants, *Didier Maille*  
Des habitants chargés de prévention dans les villages isolés guyanais, *Pascal Sélé*  
Guyane : regards et paroles croisés contre le sida, *Denyse Cassin*

### Réunion

La Réunion : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé, *Christine Catteau, Laurence Pourchez*  
Pratiques addictives à La Réunion : priorité à la prévention de l'alcool, *Catherine Gaud, Michelle Leveur, Anh-Dao Nguyen, Monique Ricquebourg*

Prévention des grossesses précoces et des IVG chez les mineures à La Réunion, *Christine Catteau, Etienne Billot*  
Des Ateliers santé-ville à La Réunion, pour réduire les inégalités de santé, *Blandine Bouvet*  
La Réunion : mobilisation communautaire contre les moustiques, *Gaëlle Fohr, Isabelle Guille, Jean-Sébastien Dehecq, Flore Poli, Marie Bavielle*  
La santé publique, un défi pour Mayotte, futur cinquième Dom, *Kartoibi Azida, Honorine Bernard*  
Pour en savoir plus, *Sandra Kerzanet, Bruno Moutoussamy*

### Education du patient

« Un outil pour pratiquer l'éducation pour la santé avec les adolescents », *Bruno Housseau*

### Lectures

*Céline Deroche*

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.  
Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*

### 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** : Muriel Durant, Chantal Hoyois, Véronique Janzyk, David Leloup, Xavier Malisoux, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Virginie Vandermeersch.

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

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

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

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

**Comité stratégique** : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia, Catherine Spiëce,

Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

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

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

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

**Impression** : Impaprint.

**Tirage** : 1.700 exemplaires.

**Diffusion** : 1.500 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 la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires** :

Éducation Santé, chée 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).

## SOMMAIRE

### Initiatives

#### Dépistage

- Les deux seins animés, ça marche ?  
par *Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans*  
et *Patrick Trefois* 2
- Une recherche microsociale sur le dépistage du cancer du sein, par *Véronique Janzyk* 5
- Résultats de 6 ans de dépistage organisé du cancer du sein en Belgique, par *l'Agence intermutualiste* 5
- La fête à PIPSa, par *Muriel Durant* 7
- La santé à l'école au travers des pratiques éducatives, par *Virginie Vandermeersch* 8
- Feu rouge... au lobby agroalimentaire !  
par *David Leloup* 12
- Vaccination contre la grippe saisonnière 2010-2011 14
- « Un pass dans l'impasse »,  
par *Xavier Malisoux* 14
- La promotion de la santé, poil à gratter de la santé publique, par *Christian De Bock* 16

### Locale

- Le Tableau de bord de la santé à Bruxelles 17

### Outils

- Apprenons à vivre ensemble 20

### Lu pour vous

- Un peu de littérature d'anticipation 21
- Aider l'élève à construire sa vie 21
- Emploi et VIH 21

### Brèves

22

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 seront prochainement 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 – 05/2010).

Notre site adhère à la Plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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