



Le programme de dépistage du cancer du sein sur de nouvelles bases ?

Le programme de dépistage du cancer du sein

Pour rappel, ce programme de santé publique s'inscrit dans le cadre des Recommandations du Conseil de l'Union européenne (2003/878/EC). Ces dernières¹ font suite aux recommandations de l'Advisory Committee in Cancer Prevention²: « Le dépistage du cancer du sein doit s'adresser à l'ensemble de la population cible et être réalisé dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité : contrôle de qualité des procédures, enregistrement, évaluation ».

La démarche d'assurance de qualité a pour objectif d'atteindre une efficacité optimale et de réduire au minimum les effets négatifs. Les Recommandations du Conseil européen se basent sur de nombreuses études qui ont démontré que les femmes de 50 à 69 ans qui avaient bénéficié régulièrement d'une mammographie, dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité, avaient moins de risque de mourir d'un cancer du sein.

Un protocole d'accord entre l'État fédéral et les Communautés pour la mise en place d'un dépistage de masse du cancer du sein par mammographie a été signé en octobre 2000. Ce dépistage s'adresse à une population asymptomatique. Son objectif est de réduire la mortalité liée au cancer du sein. Le « test » utilisé pour le dépistage doit être simple, acceptable, sans danger et peu coûteux³.

Le mammothest répond à ces conditions. Il a pour objet d'identifier parmi l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans celles qui présentent un risque d'être atteintes d'un cancer du sein en raison de l'existence d'une anomalie à la mammographie. Ces femmes devront bénéficier, dans un 2^e temps, d'un bilan sénologique à visée diagnostique.

Le mammothest est une mammographie qui est soumise à un contrôle de qualité et dont les effets sont évalués.

Fonctionnement du Programme

Le fonctionnement du Programme est défini dans les arrêtés de Gouvernement de la Communauté française du 20 janvier 2006 et du 11 juillet 2008, modifiés par celui du 14 mai 2009.

Agrément des unités de mammographie

Les unités de mammographie qui souhaitent participer au programme de dépistage doivent avoir obtenu un agrément spécifique délivré par la Communauté française sur base de leur conformité aux exigences de qualité définies dans les « European guidelines for quality assurance in mammography screening »⁴.

Invitation des femmes

Les femmes de 50 à 69 ans sont invitées à faire réaliser un mammothest par une lettre personnelle qui leur est adressée le mois de leur anniversaire⁵. Le mammothest peut aussi faire l'objet d'une prescription par le médecin généraliste ou par le gynécologue. La liste de unités de mammographie agréées est annexée à la lettre d'invitation. Elle est aussi consultable sur le site www.lemammothest.be. Elle est mise à jour chaque mois.

La réalisation du mammothest

Le mammothest est réalisé dans une unité de mammographie agréée, par un radiologue ou par une technologue spécifiquement formée. Il n'y a pas d'examen clinique ni d'échographie lors de la réalisation de la mammographie. Le radiologue analyse les clichés et rédige un protocole standardisé sur une « fiche de lecture ». Les clichés et la fiche de lecture sont envoyés par voie électronique sécurisée au Centre de 2^e lecture.

La double lecture

Les clichés sont analysés par un 2^e lecteur. Celui-ci n'a pas connaissance du résultat de la

1^{re} lecture. Si les avis de 2 lecteurs ne sont pas concordants, l'avis d'un 3^e lecteur est requis. La double lecture a pour objet de réduire les « faux négatifs », sources de fausse réassurance ainsi que les « faux positifs », sources d'examen inutiles et coûteux sur le plan psychologique et sur le plan financier.

Les résultats

Ils sont adressés au médecin « référent ». Soit, et c'est le plus souvent le cas, le mammothest est « négatif ». Dans ce cas un nouveau mammothest sera proposé 2 ans plus tard. Soit le mammothest est « positif », c'est-à-dire qu'une image anormale a été mise en évidence sur la mammographie. Dans ce cas des examens à visée diagnostique doivent être réalisés : clichés complémentaires, échographie...

L'évaluation

Lors de la réalisation du mammothest, la femme est invitée à donner son consentement à l'enregistrement et au traitement des données de son examen en vue de l'évaluation du programme.

Tous les mammothests « positifs » font l'objet d'un suivi épidémiologique afin de connaître les résultats des examens complémentaires et d'évaluer le programme selon les indicateurs de qualité et d'efficacité définis dans les « European guidelines for quality assurance in mammography screening »⁶.

La plupart des résultats du Programme⁷ sont conformes, et même supérieurs aux normes : sur 82.169 mammothests au total, 514 cancers ont été détectés, dont 51 (10 %) lors de la 2^e lecture. Ils n'avaient pas été identifiés par le 1^{er} radiologue.

Ces chiffres encourageants indiquent que le mammothest est performant en terme de détection de petits cancers. Il permet de ren-

1 Council Recommendation on cancer screening of 2 December 2003 (2003/878/EC). Official Journal of the European Union L 327/34.

2 Advisory Committee on Cancer Prevention. EJC 2000; 36 : 1473-78.

3 Wilson JMG, Jungren G. Principles and practice of screening for diseases. Public health paper (N) 34). Geneva, WHO 1968 :26.

4 European guidelines for quality assurance in mammography screening and diagnosis. Fourth edition. European Communities 2006.

5 Une année paire si elles sont nées un jour pair, et une année impaire si elles sont nées un jour impair.

6 European guidelines for quality assurance in mammography screening and diagnosis. Fourth edition. European Communities 2006.

7 Du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2008 (depuis 2002 pour le Brabant wallon).

Critères de qualité	Wallonie	Recommandation européenne
Taux de détection	6,3 %	> 6 %
Taux de cancers in situ	14 %	10 – 20 %
Cancers invasifs < 10mm	37 %	> 25 %
Pas d'envahissement des ganglions	72,5 %	> 70 %

contrer les exigences éthiques et économiques d'un programme de dépistage : réduire au minimum le risque que celles qui ne sont pas atteintes d'un cancer du sein soient soumises à des examens complémentaires, sans toutefois prendre le risque de méconnaître un certain nombre de cancers. Le **Centre communautaire de référence (CCR)**, agréé par la Communauté française, est chargé de coordonner les différents acteurs du Programme, d'assurer son fonctionnement, de contrôler sa qualité et d'évaluer son efficacité selon les indicateurs définis par les experts. Un Centre de 2^e lecture, pour l'ensemble de la

Région wallonne, a été établi au sein du CCR. Il a pour mission d'organiser les invitations et les réinvitations, d'organiser la deuxième et la troisième lecture des mammotests et l'envoi des résultats, d'assurer le suivi des mammotests positifs ainsi que l'archivage des mammotests.

Professeuse Anne Vandembroucke, coordinatrice du Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein asbl
Adresse de l'auteure : rue André Dumont 5 (Axis Parc), 1435 Mont-Saint-Guibert



Photo © Fotolia

Tél.: 010 23 82 70. Fax : 010 45 67 95. Courriel : ccref@ccref.org. Site : www.lemammotest.be

Le mammotest... un défi pour la Communauté française

En Communauté française, depuis 2002, le programme de dépistage du cancer du sein par mammotest offre à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans une mammographie gratuite de qualité contrôlée. Après bientôt huit ans de fonctionnement, le taux de participation des femmes reste trop faible, et ce malgré les multiples actions menées en matière de communication, de formation et de sensibilisation.

Le programme en quelques dates :

- Le 25 octobre 2000, un protocole d'accord est signé visant à une collaboration entre l'État fédéral et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein.
- Au printemps 2001 commencent les préparatifs pour le lancement du programme.
- En août 2002, celui-ci démarre.
- En septembre 2005, une campagne de communication est lancée à destination du

grand public; une telle campagne avait en effet été jugée inopportune auparavant, tant que le programme n'était pas rodé.

Un état des lieux mitigé

Lors de sa mise en place, le programme a connu quelques maladies de jeunesse : le listing pour l'envoi des invitations s'est révélé incomplet, le délai de transmission des résultats était plus long que prévu, les prescriptions médicales montraient parfois une certaine confusion (mention du mot « mammographie » au lieu de « mammotest »), etc.

En outre, les professionnels de la santé concernés ont émis des avis divergents : ainsi, le recours au bilan sénologique systématique a été défendu par certains, alors que d'autres préféraient le réserver aux mises au point diagnostiques. L'ensemble de ces éléments a concouru à une participation très faible au

programme organisé de dépistage, puisque 10 % environ des femmes faisaient un mammotest alors que près de 50 % recouraient à la mammographie¹. Ces données pour la période 2005-2006, nous indiquent surtout que, six ans après le lancement du programme, près de 40 % des femmes n'en bénéficiaient toujours pas dans notre pays. Il y a là un enjeu important : informer au mieux les femmes et améliorer l'accès au programme, mais en respectant le consentement éclairé et sans taire les incertitudes actuelles quant au bénéfice du dépistage. Cependant, malgré les difficultés rencontrées, les chiffres et les profils des femmes adhérant au programme montraient une progression, certes modérée, dans la couverture du public cible (mammotest + mammographies hors programme); par ailleurs, les inégalités sociales n'étaient pas accentuées

¹ Ces chiffres sont inverses en Communauté flamande, où plus de 40 % des femmes ont recours au mammotest et 21 % à la mammographie (données de l'Agence intermutualiste pour la période 2005-2006, publiées en 2009). Lire également DE BOCK C., FABRI V., REMACLE A., Succès contrastés du programme de dépistage du cancer du sein, Éducation Santé n° 246, juin 2009.

par le programme, bien au contraire, et les perceptions du mammothest évoluaient lentement².

La communication, une solution miracle ?

Sollicitée en 2006 pour la mise en place d'une nouvelle campagne de communication, l'asbl Question Santé, Service communautaire chargé de la communication, a porté son attention sur les freins liés à l'organisation même du programme et aux hésitations des professionnels de la santé – freins qui renforcent évidemment les résistances des femmes. Une évaluation de la campagne 2005 avait également été envisagée pour mesurer les connaissances, les réticences, les pratiques et les intentions des femmes de 50 à 69 ans en matière de dépistage, mais cette évaluation n'a pu être réalisée faute de moyens.

Entre 2006 et 2008, le groupe de travail mis en place par le Cabinet de la Ministre de la Santé³ a planché sur la relance de la communication, arrivant à un consensus sur les points suivants.

1. *Obtenir une mesure structurelle pour favoriser le choix du mammothest plutôt que du bilan sénologique*

Un groupe réuni au sein de l'INAMI a étudié en 2009 le scénario d'un changement de nomenclature, l'hypothèse étant de supprimer, dans le cadre du dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, le remboursement pour le bilan sénologique (mais de le maintenir notamment dans le cadre du diagnostique) et de rembourser le seul mammothest.

2. *Améliorer l'adhésion des radiologues, gynécologues et médecins généralistes au dépistage par mammothest*

Cette adhésion ne pourra être améliorée que très progressivement, en mettant en place des stratégies multiples : relais de l'enseignement facultaire, formations continues, informations répétées et communication régulière des évaluations du programme, recrutement de leaders d'opinion, concertation avec les groupements professionnels. Plusieurs initiatives sont en cours dans ce domaine.



3. *Sensibiliser les femmes à recourir au dépistage du cancer du sein entre 50 et 69 ans*

Même si l'information et la sensibilisation des femmes sont essentielles, il est clair qu'une campagne de communication ne peut, à elle seule, permettre de surmonter les obstacles identifiés. D'autres stratégies doivent être mises en place (voir ci-dessus).

Du bilan à une nouvelle démarche

Le passage effectif de l'analogique au numérique dans les Unités agréées qui pratiquent le mammothest semblait un moment propice au lancement d'une nouvelle campagne de communication. Celle-ci a débuté en février 2010.

Pour la réaliser, il fallait une concertation entre les différents partenaires, au premier rang desquels le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers et le Comité de pilotage du programme, et d'autres acteurs de la santé en Communauté française : les centres locaux de promotion de la santé, les ex-centres de coordination provinciaux et d'autres structures de proximité intéressées, la médecine du travail, les mutualités, les gynécologues (via le GGOLF) et les médecins généralistes (via la SSMG).

De ces nombreuses rencontres s'est dégagé un consensus sur les points suivants :

- mener des actions afin de revaloriser le programme. Il faut insister sur l'assurance de qualité, notamment la double lecture, le contrôle des appareillages, le contrôle de la qualité des clichés, le recueil de données, etc., afin de rendre positive l'image du mammothest;
- poursuivre, à l'intention des professionnels et des femmes, la diffusion d'informations précises et fiables concernant les procédures mises en œuvre : invitations, prescriptions, rendez-vous dans les Unités agréées, accueil, délai de réponse, etc.
- étayer scientifiquement, de manière continue, la pertinence de l'approche choisie : groupe d'âge, examen, etc.

La campagne de communication s'inscrit donc dans un contexte plus large de réflexion et d'information qui vise à relever plusieurs défis.

1. *Rencontrer les préoccupations des médecins et les informer*

L'adhésion et une attitude proactive de la part du médecin sont déterminantes pour la participation des femmes au dépistage. S'il subsiste encore des doutes sur le programme chez un certain nombre de professionnels, il est essentiel de mettre les points litigieux en discussion et de continuer à offrir une information scientifique de qualité.

Des articles rédactionnels seront également diffusés dans la presse médicale.

Un site internet pour les professionnels de la santé avec des nouveautés et des actualisations régulières sera aussi mis à leur disposition.

Des articles rédactionnels seront également disponibles pour la presse qui s'adresse plus particulièrement aux pharmaciens.

D'autres actions auprès de certaines officines seront aussi prévues (fiche santé, diffusion du spot TV via certains écrans en officine,...).

2. *Rencontrer les attentes des femmes et les informer*

Parallèlement, une information est proposée aux femmes, tenant compte de leurs réticences et éclairant les aspects concrets de la démarche de dépistage. Car, à ce jour, en Communauté française, quatre femmes de 50 à 69 ans sur dix ne font aucun dépistage du

2 Source intermutualiste et résultats des Centres de coordination provinciaux, 2007.

3 Ce groupe comprenait la Direction générale de la santé, le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers, les mutualités, Question Santé, etc.

cancer du sein ou le font de manière irrégulière. Améliorer leur adhésion nécessitera des stratégies multiples : dédramatiser le dépistage, prendre en compte les résistances, comprendre les raisons des pratiques irrégulières de dépistage (par ex. tous les 4 à 5 ans), etc.

■
Même si l'information et la sensibilisation des femmes sont essentielles, il est clair qu'une campagne de communication ne peut, à elle seule, permettre de surmonter les obstacles identifiés.
■

Une démarche est également en cours pour faire le lien entre la campagne de communication et des actions de proximité par région.

La campagne de communication

Les objectifs communs à l'ensemble des outils de la campagne sont :

- rappeler l'importance du dépistage du cancer du sein tous les 2 ans;
- encourager les femmes qui ont peur de faire le mammothest ou qui ne se sentent pas concernées;
- rappeler les différentes modalités pour bénéficier du mammothest (courrier personnalisé ou prescription par le médecin traitant, gratuité, etc.);
- donner une visibilité et une identité au programme;
- à travers les outils non audiovisuels, développer la conscience de la qualité de cet examen et favoriser le recours au mammothest.



La recherche créative

Un appel à projets a été lancé auprès de plusieurs sociétés de production pour réaliser le spot TV/radio. La consigne : réaliser un ou des spot(s) avec un message positif sur les avantages à faire ce dépistage, créer un climat de complicité autour de la féminité et éviter de mettre en avant l'acte médical. Un jury a

sélectionné le projet correspondant le mieux à ces exigences.

Un pré-test a ensuite été effectué pour valider le spot et son message. Un avis favorable a été émis par la commission examinant les demandes de campagnes radiodiffusées de promotion de la santé au sein du Conseil supérieur de promotion de la santé.

À côté de cela, divers outils sont disponibles : affiches, dépliants, cartes postales, site internet, signets, exposition... La campagne a débuté à la mi-février.

Des outils pour les professionnels

Une brochure éditée par la SSMG en collaboration avec Question Santé est actuellement diffusée auprès des médecins généralistes. Elle aborde évidemment les aspects scientifiques et organisationnels du programme mais, surtout, elle donne la parole aux professionnels, permettant ainsi d'exprimer des points de vue différents et de mettre en débat leur adhésion au programme. Enfin, d'autres actions sont menées hors médias vers les professionnels et les femmes.

Pour en savoir plus sur la campagne, consultez le site www.lemammothest.be.

Pour obtenir gratuitement du matériel d'information et de sensibilisation (affiche, carte postale...), contactez le Service communautaire Question Santé au 02 512 41 74 ou par courriel : info@questionsante.org.

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

Communication et mammothest : un coup d'œil dans le rétroviseur

Au printemps 2001, un groupe de travail issu du secteur de la promotion de la santé s'est réuni à plusieurs reprises sur cette question. La coordination et le secrétariat de ce groupe étaient assurés par le Service communautaire de promotion de la santé Question Santé, avec l'aide du Centre local de promo-

tion de la santé de Bruxelles. Il est étonnant de constater combien les recommandations émises par ce groupe sont, avec neuf années de recul, toujours d'actualité. On y trouve des suggestions comme celles-ci : inscrire l'information sur le dépistage du cancer du sein dans une optique de

santé globale; adopter une approche mixte dans laquelle les démarches de marketing social (inciter les femmes à pratiquer le dépistage par mammothest par une information adéquate) et d'éducation permanente (favoriser le développement des aptitudes des femmes concernées par rapport à la gestion

de leur santé) seront considérées comme complémentaires.

Les objectifs éducatifs énoncés concernaient aussi bien les professionnels de la santé que les femmes. Pour les premiers : augmenter leurs savoirs par rapport au dépistage et à ses corollaires, favoriser une prise de conscience des facteurs qualitatifs, comme l'importance de la parole et du suivi et l'adéquation des informations transmises aux diversités culturelles, socio-économiques, psychologiques. Pour les secondes : développer leurs connaissances (y compris pour les aspects très concrets de l'examen), permettre l'expression des croyances et développer la conscience d'une possibilité d'autogestion de sa santé.

On lit également dans ce document que « la mise en place d'un processus de qualité prime sur les objectifs quantitatifs à court terme » et que « la démarche de communication doit s'inscrire d'emblée dans une continuité d'objectifs et de moyens, et l'évaluation du processus doit être permanente ». Enfin, une liste de critères de qualité était proposée :

- participation de femmes et de médecins à l'ensemble du processus de communication;
- accessibilité du message pour la majorité des femmes du groupe cible. Ce critère qualitatif recouvre entre autres la lisibilité (compréhension de l'information);
- couverture de la population cible (diffusion de l'information). Ce critère quantitatif vise à garantir l'accès au message;
- du critère d'accessibilité découle un autre : une diversité d'approches. Ceci implique notamment la multiplication des supports (écrits, audiovisuels, conférences, etc.) et des moyens (publications, groupes de parole, etc.) ainsi qu'une proximité des actions (appui des réseaux d'acteurs locaux).
- respect d'une rigueur scientifique et éthique (référence aux valeurs). Ceci implique la recherche d'un bénéfice en terme de santé globale pour chaque femme individuellement, le respect de la liberté de choix (ne pas forcer la décision), la recherche du consentement éclairé, la non exclusion de certains groupes;
- respect de la féminité et de l'intimité. Parler du corps féminin est probablement plus aisé entre femmes. Ceci peut revêtir une impor-



Le visuel de la précédente campagne de communication : un tout autre style...

tance particulière dans certains contextes culturels. Des professionnelles de sexe féminin seront disponibles autant que faire se peut (notamment des techniciennes pour pratiquer le mammothest);

- anticipation des effets pervers de la démarche de communication et, plus largement, du dépistage à large échelle.

Les prémices des aspects de communication et d'éducation liés au programme de dépistage étaient donc posées d'emblée de manière riche et diversifiée, dans le cadre d'une concertation d'acteurs de la promotion de la santé. Cependant, au cours des années suivantes, de nombreux intervenants impliqués dans le programme ont eu le sentiment d'un rétrécissement des options d'action possibles.

En décembre 2005, à nouveau en concertation avec différents partenaires et acteurs locaux, d'autres pistes pour sensibiliser et rencontrer les femmes avaient été envisagées (livret de questions/réponses, photolangage, théâtre-action...) comme supports et outils d'animation pour des relais de proximité (associations d'éducation permanente, CPAS, groupes d'alphabétisation...) mais ils n'ont pu être mis en œuvre faute de moyens.

Pourquoi ce rétrécissement du champ d'action ?

Diverses hypothèses explicatives peuvent être avancées. En voici quelques-unes :

- les difficultés rencontrées par le programme ont eu pour conséquence que l'attention s'est portée prioritairement sur les problèmes fonctionnels et techniques, les débats sur la pertinence du dépistage par mammothest parmi les professionnels de la santé, les changements de la technique radiologique, etc.;
- le choix structurel d'une décentralisation offrait des avantages quant à la proximité des structures de gestion du programme mais, dans le même temps, rendait plus difficiles la coordination et la cohérence des aspects de communication et d'éducation. En outre, les priorités des mandataires au niveau de la Communauté française et au niveau provincial pouvaient diverger;
- les priorités et accents politiques successifs ont fortement influencé la gestion même du programme, par un pilotage direct du politique et par les choix de financement ou de non financement de certains axes de travail;
- les priorités de travail imposées aux Services communautaires et Centres locaux de promotion de la santé ont limité leurs possibilités d'investissement dans le programme;
- les différences de référentiels entre les acteurs d'un programme de médecine préventive impliquent un travail de concertation de longue haleine afin de permettre des échanges et une compréhension des apports spécifiques des uns et des autres. Au-delà, ce qui est recherché est une acceptation de l'expertise spécifique de chacun et de la complémentarité des approches.

Et maintenant...

Des réunions ont repris avec des acteurs de proximité pour élargir à nouveau les perspectives de la communication et de l'éducation des adultes dans le champ des activités de médecine préventive. Beaucoup reste à faire dans ce domaine, mais seule une approche collective reconnaissant les réalités de chacun permettra de progresser vers des démarches diversifiées, cohérentes et de qualité.

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

Que pensent les médecins généralistes belges francophones du dépistage du cancer du sein ?

En 2008, une enquête a été effectuée auprès des médecins généralistes en Communauté française pour estimer leur appréciation du programme organisé de dépistage du cancer du sein. Trois objectifs sous-tendaient cette action :

- répondre à la demande des médecins généralistes d'être entendus sur le programme;
- répercuter les messages des généralistes aux responsables du programme;
- participer au maintien de l'intérêt des omnipraticiens pour le programme.

Pour réaliser cette enquête, un questionnaire a été élaboré par le Comité Médecins traitants pour le dépistage du cancer du sein¹. Il a été transmis aux médecins par plusieurs canaux : site web de la Société scientifique de médecine générale, courriel et courrier au responsable de chaque cercle, courrier électronique aux 2880 médecins de la liste de distribution de la SSMG.

Quels sont les commentaires des médecins généralistes ?

Un total de 136 médecins généralistes a répondu à l'enquête. Une majorité d'entre eux disent connaître moyennement bien le programme organisé de dépistage. Ils sont 4 % à avouer ne pas le connaître et 29 % à considérer le connaître très bien.

Les points positifs du programme relevés par les répondants sont principalement la double lecture, la gratuité, l'invitation systématique par une lettre et le fait que les unités de radiographie soient soumises à un contrôle technique. En moyenne, il y a 4,6 points positifs par répondant. Deux médecins ajoutent que le programme recrute des femmes qui ne seraient pas fait dépister autrement.

Concernant les points négatifs du programme, le plus fréquemment évoqué est le délai de transmission des résultats. Il est cité par près de la moitié des répondants. Il est suivi par le fait que les clichés négatifs ne sont pas transmis systématiquement au médecin référent. Viennent ensuite un doute sur la fiabilité du

mammotest seul, le discours contraire des spécialistes de la région et la présence non obligatoire du radiologue pendant l'examen. Il faut noter qu'à Bruxelles, le point négatif qui remporte le plus de suffrage concerne le délai pour obtenir un rendez-vous. Il y a en moyenne 3,3 points négatifs par répondant, donc moins de points négatifs que de points positifs.

Plusieurs répondants ont ajouté des points négatifs supplémentaires : le rôle du généraliste limité à celui de « facteur »; des résultats faussement positifs pouvant être source de panique chez les femmes (d'autant qu'il faut un délai pour un bilan complet); des radiologues pas toujours promoteurs du mammotest; le fait que seules les femmes intéressées par leur santé se rendent au dépistage; une interférence avec le propre programme de sensibilisation de certains médecins; le manque de transmission des résultats par voie électronique sécurisée.

À la fin du questionnaire, il était demandé aux médecins généralistes de donner une cote sur 10 au programme. La moyenne obtenue est de 6,3/10, et peu de médecins donnent une cote inférieure à 5/10.

Enfin, des commentaires ont été ajoutés par 29 % des répondants. On y retrouve des suggestions pour améliorer le programme : remettre le généraliste au centre du programme; fournir de solides arguments scientifiques; favoriser la transmission électronique des résultats; centraliser tous les examens effectués; fournir un vrai protocole descriptif des résultats; associer une campagne médiatique au travail des généralistes; convaincre les gynécologues; promouvoir la présence systématique d'un radiologue car cela pourrait accélérer la prise en charge en cas de clichés positifs ou douteux; envoyer une lettre à la patiente en cas de mammotest positif demandant de prendre contact avec le médecin référent ou directement avec le centre de mammotest; donner l'accès au code mammotest aux sénologues cliniciens...

Qu'en disent les responsables du programme en Communauté française ?

Le Centre communautaire de référence pour le dépistage a pris connaissance des résultats de cette enquête. Certains points négatifs relevés ont déjà été suivis d'actions. La création du centre unique de 2^e lecture a ainsi permis la réduction du délai de transmission des résultats puisque le résultat du mammotest est directement adressé au médecin référent (sans transit par le radiologue). Le passage aux clichés numériques diminue aussi de manière significative le délai de transmission des résultats. De plus, cela permet l'archivage d'une copie de tous les mammotests réalisés. L'envoi des résultats par voie électronique sécurisée vers les dossiers informatiques des médecins est également en cours d'élaboration (il est déjà en place pour le cancer colorectal).

Remettre le médecin généraliste au cœur du programme n'est pas simple. Le discours parfois peu favorable au programme émanant des spécialistes, qu'ils soient gynécologues ou radiologues, semble avoir une influence majeure sur l'opinion des médecins généralistes.

L'envoi par l'INAMI d'un feed-back reprenant le pourcentage de femmes de la patientèle ayant eu un mammotest et/ou un autre examen des seins devrait permettre d'amorcer une réflexion sur les pratiques de chacun puisque ce feed-back est également envoyé aux gynécologues et aux radiologues.

Enfin, communiquer vis-à-vis des médecins mais aussi vis-à-vis des femmes est impératif. Il faut des arguments scientifiques mais aussi des informations sur les points négatifs du programme organisé pour ne pas être pris au dépourvu.

D^e Pascale Jonckheer, Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)

1 Ce Comité est constitué de P. Jonckheer, E. Baijot, G. Beuken, P. Delvoe, A. Gillet, Y. Gueuning, J. Laperche, A.-M. Moreau, M. Provost et B. Vercauysse.

Les premiers secours en milieu (extra) scolaire

Utilité et pertinence des formations dispensées par la Croix-Rouge de Belgique - 1^{re} partie

On ne le dira jamais assez. Soyez prudents. Un coup de rasoir distrait ? C'est la coupure, le sang qui coule et la plaie qui s'invite au petit déjeuner. Une balade à vélo sur feuilles mortes et glissantes ? Et bardaf, c'est l'embarquée avec ses bosses, ses hématomes ou pire encore si l'on tombe sur la tête et dans les pommes. Un caquelon à fondue qui se renverse et c'est la chair qui grésille, la douleur qui crépite et l'ambiance qui refroidit.

Le danger revêt des visages multiples (un chien, un pot de fleur, un joueur de foot) et peut frapper à tout moment.

Face à la menace, la Croix-Rouge, fataliste autant que pragmatique, a, depuis longtemps, choisi son camp : celui des victimes, et ses alliés : vous et moi, témoins potentiels d'un malaise ou d'un accident, que quelques heures de formation transformeront en saint-bernard prêts à réanimer une personne inconsciente, désobstruer une trachée bouchée ou appeler les secours en cas de besoin. Selon le profil (parent, éducateur, employé...) et le lieu (crèche, école, entreprise...), la Croix-Rouge propose des produits à contenu (de l'écharde au choc anaphylactique) et intensité (six, douze, vingt-quatre heures) variables. Reconnaissons-le : notre vénérable institution dispose là d'un produit en béton. Béton éthique d'abord. Aider autrui, apaiser sa douleur, protéger sa santé, voilà qui participe à des valeurs universelles. Béton médical ensuite. Des premiers secours rapides et efficaces facilitent l'intervention des professionnels et contribuent au mieux-être de la victime. Béton légal enfin puisque « tout citoyen est punissable de ne pas venir en aide à une personne exposée à un péril grave » (Code pénal, article 422 bis)¹. Et puis, moins rationnel, mais plus excitant, il y a le goût du sang et la peur de la mort qui effrayent autant qu'ils captivent, l'impression de fréquenter, le temps d'une formation, le Docteur House, et cette fierté citoyenne

autant que légitime de contribuer à un monde sinon moins dangereux, du moins plus sécurisé.

Ajoutons que les premiers secours constituent un quasi monopole de la Croix-Rouge, que les formateurs ne cessent de perfectionner les techniques d'intervention et que les participants s'en retournent ravis et contents. Et l'on comprendra que la Croix-Rouge se soit installée dans ses certitudes, s'assurant du bien-être et de la satisfaction des apprenants (les participants aux formations) et non du bien-être et de la satisfaction des utilisateurs (les mêmes, mais cette fois sur le terrain).

Or, l'un n'est pas l'autre et inversement. Pour preuve, le témoignage de cette jeune femme : « *Il y a eu un crash dans ma rue; c'était costaud; il y avait des blessés; je n'ai pas osé intervenir et pourtant, j'ai mon brevet de secouriste.* » Ah bon. Ou cette éducatrice clamant haut et fort qu'elle n'hésiterait pas à soigner son propre fils, mais qu'elle y réfléchirait à deux fois avant de soigner le gosse d'une autre.

Deux fois ? C'est une fois de trop ! Surtout quand les chercheurs confirment ces témoignages. Selon eux, 70 à 75 % des témoins d'un accident passent leur chemin sans intervenir. Et le fait d'avoir suivi une formation en secourisme semble peu interférer dans la décision d'intervenir (ou plutôt son absence). En voilà assez pour troubler notre encéphalogramme. Assez pour percevoir l'urgence de savoir comment cela se passe en cas d'accident, dans les cours de récréation ou sur les bancs publics, au camp scout ou à l'usine. Car il faut bien admettre notre embarras et balayer devant notre ambulance.

Nous disposons de peu d'études quant aux effets de ces formations sur le terrain et quant à l'utilisation des apprentissages par les personnes formées. Étonnant et regrettable. Mais que celui qui n'a jamais omis d'évaluer sa formation nous jette la première seringue...

Forte de cette ignorance, la Croix-Rouge a osé le geste qui sauve et décidé d'évaluer ses formations auprès de ceux qui auraient eu la chance (c'est une façon de parler !) de porter secours à des enfants sur leur lieu de travail. Qu'importent le manque de moyens (humains, financiers, logistiques) et l'absence de repères méthodologiques (cette enquête était une première en son genre, du moins à notre connaissance), nous allions en avoir le cœur net.

Le cadre de l'enquête

Pour définir un champ d'investigation signifiant et réaliste, nous avons posé nos limites sur la table (d'opération) et décidé de cibler une formation précise, le Brevet Européen de Premiers Secours (BEPS)², et un public spécifique, les accueillantes temps libre (nous les appellerons ATL), chargées de l'accueil des enfants à l'école.

Cette initiative est dispensée dans le cadre des formations qui sont subventionnées par l'ONE. Notre enquête a concerné 650 personnes, soit toutes les ATL ayant suivi un BEPS en 2007, auxquelles nous avons envoyé un questionnaire à choix multiple d'une trentaine de questions.

Notre questionnement s'est articulé autour de quatre axes : 1) la mise en pratique des connaissances / la gestion des accidents; 2) la gestion du « post accident »; 3) les changements dans la perception de soi; 4) les changements dans les pratiques « hors accident » (modification des habitudes, du matériel, de l'environnement...).

La Croix-Rouge ambitionnait de disposer des données nécessaires pour a) confirmer et / ou modifier la démarche pédagogique; b) confirmer et / ou modifier l'offre de formation en matière de premiers secours; c) envisager si nécessaire des stratégies non formatives (lobbying, sensibilisation des pouvoirs organisa-

¹ Le lecteur aura relevé le délicieux pléonasmе de l'expression 'péril grave'. En connaissez-vous de légers ?

² Formation (12 heures) ayant pour objet d'apprendre « à pouvoir agir en cas d'accident, en présence d'une fracture, d'un traumatisme crânien, d'une plaie ou d'une intoxication...»

teurs...) pour assurer l'application sur le terrain des enseignements de la formation.

La conception et l'élaboration de l'enquête, de même que l'analyse des données, ont été réalisées en collaboration étroite avec un groupe de pilotage composé des coordinatrices pédagogiques des formations, d'une représentante de l'ONE et du Service communautaire « Appui pour l'Éducation pour la Santé » (APES) de l'École de Santé publique de l'Université de Liège.

Les résultats en question

Du rapport final de cent trente pages³, nous avons extrait quelques résultats significatifs que nous livrons ici accompagnés d'un bref commentaire.

Tableau 1 - Quels problèmes de santé les ATL rencontrent-elles chez les enfants qui leur sont confiés ?

Problème	% d'ATL ayant rencontré le problème au moins une fois depuis un an
Bosse	90
Mal de ventre	90
Bleu, hématome	89
Saignement de nez	89
Mal de tête	85
Plaie	83
Fièvre	78

Tableau 2 - Quels problèmes de santé les ATL ne rencontrent-elles pas chez les enfants qui leur sont confiés ?

% d'ATL n'ayant jamais rencontré le problème depuis un an	
Électrisation	99
Intoxication	96
Convulsions	93
Obstruction des voies respiratoires	90
Perte de connaissance	87
Problème osseux ou articulaire	75
Brûlure	72

Les personnes interrogées ne rencontrent pratiquement jamais d'intoxication, de convul-

sions ou d'obstruction. Or, ces sujets constituent l'essentiel du BEPS. Par ailleurs, quoique fréquents, les maux de tête, les bleus ou les petites blessures ne sont pas abordés en formation. Critère de gravité ou critère de fréquence ? Le BEPS a tranché pour le premier, tablant sur la nécessité de prévoir le pire, même si le pire, et c'est heureux, n'arrive que très rarement.

■
**Nous pourrions autant
 penser local que penser global,
 autant apporter de petits soins
 didactiques ou logistiques
 que redessiner les objectifs
 et les modes d'action
 de l'apprentissage des gestes
 qui sauvent.**
 ■

Tableau 3 - Quels problèmes les ATL se sentent-elles capables de gérer ?

Problème	% d'ATL se sentant capables de gérer le problème
Saignement de nez	94
Plaie	93
Bleu, bosse	91
Écharde, piqûre d'insecte	83
Brûlure	76
Mal de tête	75
Fièvre	73
Difficultés respiratoires	39
Obstruction des voies respiratoires	34
Perte de connaissance	31
Problème osseux ou articulaire	17
Intoxication	17
Convulsions	11
Électrisation	07

Plus la situation est grave, moins les participants se disent capables de la gérer. Or, la formation est censée les driller pour affronter des situations difficiles. Pourquoi ne passent-ils pas à l'acte ? Autre question. Les cas bénins (et quotidiens) ne sont pas au menu du BEPS. Or, les personnes interrogées disent pouvoir s'en occu-

per. Tant mieux, mais d'où proviennent leurs connaissances ?

Tableau 4 - Les conditions matérielles pour soigner un enfant sont-elles réunies ?

Conditions	% d'ATL considérant l'acte comme difficile ou impossible
Occuper un local adapté aux soins	72
Consulter le dossier médical	55
Confier les enfants à un autre adulte	48
Utiliser des gants	43

Dans l'ensemble, les résultats sont rassurants. En cas de problème, le téléphone, l'eau courante, les coordonnées d'un médecin sont accessibles à la plupart des ATL. Deux ombres au tableau toutefois : la difficulté de confier les enfants à un adulte en cas de besoin et l'impossibilité pour une majorité d'accéder à un local approprié. Des contraintes qui relèvent de la sphère institutionnelle, mais dont on peut se demander s'ils sont suffisamment pris en compte par les formateurs.

Tableau 4 - Pour quelles raisons, soigner un enfant peut-il s'avérer difficile ?

Éléments de difficulté	% d'ATL considérant la raison citée comme source de difficulté (plusieurs réponses possibles)
Le manque de matériel adéquat	57
Le manque de connaissances	42
Le stress des autres enfants	42
Le stress de la victime	33
Le stress de l'intervenant	25
Le stress des autres adultes	18

La difficulté à gérer le stress (le sien, celui des autres) constitue sans doute une explication au non-passage à l'acte évoqué par ailleurs. Rien de révolutionnaire dans ce constat. Mais une incitation à s'interroger sur l'efficacité des mises en situation proposées par les formateurs. Permettent-elles réellement d'apprivoiser le stress, la panique, la nervosité inhérents à toute intervention ?

³ Toute personne souhaitant obtenir la version intégrale du rapport peut s'adresser à André Lufin, Département Action sociale, Croix-Rouge de Belgique, par mail andre.lufin@redcross-fr.be ou par téléphone au 02 371 33 21.

Tableau 5 - Que souhaitent apprendre les participants à la formation ?

% d'ATL souhaitant apprendre à...	
Intervenir en cas de problème grave	41
Soigner les petits bobos quotidiens	38
Les deux (intervenir / soigner)	16
Autre (mettre à jour mes connaissances, gérer le stress...)	05

Alors que la Croix-Rouge annonce clairement la couleur des matières abordées, les attentes des participants portent tant sur les cas graves que sur les petits bobos. Ces réponses non tranchées voire contradictoires interpellent quant aux motivations des participants, mais aussi quant aux finalités de la formation, à leur communication et à leur appropriation par les ATL.

Tableau 6 - Quels sont les effets de la formation sur la perception des participants par leurs entourage professionnel ?

% d'ATL estimant que la formation a amélioré leur image auprès des collègues et de la direction	
Je ne sais pas	37
Non	36
Oui, un peu	18
Oui, beaucoup	09

Faible impact de la formation sur la façon dont les personnes formées sont perçues sur le terrain. Cause probable : le manque d'intérêt et de (re)connaissance des pouvoirs organisateurs pour la formation comme pour les ATL.

Tableau 7 - Faut-il suivre une procédure en cas de problème grave ?

% d'ATL ayant répondu...	
À ma connaissance, il n'y a pas de procédure à suivre	38
Je connais la procédure à suivre	38
J'ignore s'il existe une procédure à suivre	24

Une procédure existe-t-elle ? Varie-t-elle selon les écoles, les réseaux, les niveaux d'enseignement ? Y a-t-il des directives quant au transport de la victime (souvent effectué par les directeurs d'école, alors que la Croix-Rouge le

déconseille), quant à l'appel des secours (quand ? qui...), quant à l'administration de médicaments aux enfants (effectuée par la moitié des participants à l'enquête, tolérée par Question Santé ou l'ONE, mais pour laquelle la Croix-Rouge se montre plus que circonspecte) ? Autant de questions qui méritent concertation et clarification.

Tableau 8 - Qu'est-il important de faire après un accident auprès des enfants présents ?

% des ATL estimant important de... (plusieurs réponses possibles)	
Les rassurer	73
Leur donner des explications à propos du problème survenu	50
Leur permettre d'en parler	38
Leur expliquer comment prévenir ce genre de problème	25

Tableau 9 - Et la prévention des accidents ?

% des ATL prêtes à participer à une formation « prévention des accidents »	
Oui	53
Je ne sais pas	27
Non	20

Les participants marquent peu d'intérêt pour la prévention. Quand c'est le cas, ils évoquent la prévention du « sur-accident » ou le besoin de pouvoir « faire face à tout ce qui peut arriver. » La prévention (au sens « agir sur les facteurs provoquant l'accident ») n'est certes pas l'objet du BEPS. Mais on peut regretter qu'elle en soit à ce point distante.

Tableau 10 - Quelle est l'opinion des ATL sur la formation ?

% d'ATL estimant que la formation s'est avérée utile	
Oui, parfois	64
Non, jamais	27
Oui, souvent	09

Ces chiffres somme toute positifs laissent entrevoir la relative, mais réelle satisfaction des participants. Mais comment les interpréter quand ils semblent contredire (en apparence du moins) certains résultats ?

La PS au chevet des PS

Pour expliquer ces résultats contrastés et contrariants, nous avons, après analyse, considéré trois angles d'approche :

- l'angle « contenu » : nous verrons que la matière « Premiers soins » porte en elle de réels paradoxes (tensions ? contradictions ?), entre le médical et le non médical, le réel et le virtuel, l'amateur et le professionnel... qui rendent sa transmission et son apprentissage complexes et aléatoires;
- l'angle « méthode » : en relation avec le point précédent, on montrera que les techniques pédagogiques utilisées lors du BEPS expliquent, en partie du moins, le sentiment d'incapacité des participants à passer à l'acte; ainsi, la mise en situation peut s'avérer une arme à double tranchant entre familiarisation à une situation problématique et « mise en fiction » de la même situation;
- l'angle « participant » : l'identité, le statut, le cadre de travail de l'ATL comportent de nombreux obstacles à l'acquisition et l'application des connaissances transmises par le BEPS.

La question sera moins d'éliminer ces contraintes que d'envisager comment les anticiper et en tenir compte au cours du processus formatif.

Mais n'est-ce pas la stratégie « formation » elle-même qui montre ses limites ?

Reconnaissons-le : avec ses airs de star hors de laquelle point de salut, la formation apparaît aujourd'hui comme une panacée universelle (nous assumons ce pléonasmisme parfaitement justifié dans ce cas). Loin de nous l'idée de contester les vertus de la démarche formative pour améliorer les pratiques, acquérir de nouvelles compétences, se sentir malin et rencontrer des gens sympas. Reconnaissons toutefois que la formation (enfin la « chose » que l'on nomme ainsi, plus proche, dans de nombreux cas, d'une séance d'initiation, d'information ou de sensibilisation) s'impose comme allant de soi sans toujours présenter des preuves de sa validité et de son efficacité. La Croix-Rouge, comme d'autres, a entrepris un travail en profondeur dont les changements terminologiques constituent la partie visible, mais où les véritables enjeux concernent les finalités et les stratégies mises en œuvre.

Au seuil de telles (remises en) questions, le cadre conceptuel qui fonde la promotion de

la santé et les repères méthodologiques qui l'animent nous sont apparus comme une grille de lecture et d'interprétation performante, dynamique et bienveillante pour structurer notre réflexion et proposer une rénovation substantielle du BEPS, s'appuyant tant sur ses qualités (nombreuses) que sur ses failles (réelles).

Ainsi, nous pourrions autant penser local que penser global, autant apporter de petits soins didactiques ou logistiques que redessiner les objectifs et les modes d'action de l'apprentissage des gestes qui sauvent.

Une conclusion provisoire sous forme de lieux pas si communs

« Poser le problème, c'est déjà le résoudre. » Un sacré cliché que l'on fredonne comme d'autres refrains, dès qu'il s'agit d'évaluation. Eh bien, c'est vrai et cela marche. Comme d'autres vérités que nous avons pu vérifier tout au long de cette enquête que nous vous invitons à méditer en attendant le retour du BEPS le mois prochain dans de nouvelles et palpitantes aventures.

Oui, l'évaluation ne fait souvent que confirmer ce que l'on savait déjà. Tant mieux car énoncer, objectiver, expliquer ce que l'on présentait rassure et permet un travail de reconstruction, ou de deuil parfois.

Oui, un regard extérieur (double dans notre cas, grâce à l'APES) est nécessaire et bénéfique. Il mettra les pieds dans le plat autant que les yeux en face des trous.



Photo © Croix-Rouge

Oui, la mise par écrit et en musique des évidences relevées par le regard extérieur constitue un outil de communication, de partage et d'appropriation essentiel pour tous, décideurs comme opérateurs.

Oui, l'implication des formateurs dès l'entame du processus est vital pour voir-entendre-sentir⁴ les résultats et permettre un passage progressif de la précontemplation chère à Rogers au changement cher à initier.

Changement qui améliorera à coup sûr la qualité des formations proposées par la Croix-Rouge, mais qui s'inscrira surtout dans une

perspective plus large sous la forme d'une (tentative de) réponse à la question posée en 2001 déjà par P. Doumont et P. Meremans : « La formation de personnes bénévoles aux premiers secours peut-elle s'inscrire dans une perspective d'éducation/promotion de la santé ? »⁵

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

4 « Voir-Entendre-Sentir (VES) » : acte essentiel qu'accomplit le secouriste pour vérifier la respiration d'une personne inconsciente.

5 La formation de personnes bénévoles aux premiers secours peut-elle s'inscrire dans une perspective d'éducation/promotion de la santé ? P. Doumont, P. Meremans, novembre 2001, UCL-RESO.

Le « jeu du foulard » n'est pas un jeu : dans un jeu, on a plusieurs vies

« Victor avait 14 ans. Il habitait près d'Arlon. Il aimait les scouts, les échecs, le foot. Le 30 septembre dernier, il mourait, seul dans sa chambre, étranglé par un foulard.

Le 18 octobre, un petit garçon habitant Amay était retrouvé inanimé sur son lit, une écharpe

nouée autour du cou. Quatre jours plus tard, il décédait à l'hôpital. Il allait avoir 11 ans.

Le 30 octobre, un drame similaire se déroulait à Braine-l'Alleud. Des parents ont découvert leur petit garçon, âgé d'à peine 9 ans, une ceinture enroulée autour du cou. Malgré l'inter-

vention des secours, l'enfant est décédé dans la nuit.

Et une information judiciaire est ouverte dans un quatrième cas dramatique, dont les médias n'ont pas parlé, la famille souhaitant la discrétion.

En un mois, quatre enfants – au moins – sont donc morts des suites de ce sinistre jeu du foulard pratiqué dans les cours de récréation ».
La Libre Belgique, 2 novembre 2009

La presse rapporte de plus en plus souvent ce type de faits dramatiques. Cet article fait le point sur les connaissances actuelles concernant la pratique du jeu du foulard, ses risques, les signes d'alerte auxquels les adultes doivent être attentifs et les aspects préventifs qu'il serait utile de développer.

Définition

Le jeu du foulard est le plus connu des jeux de non-oxygénation. On parle également de « jeu du cosmos », de « rêve bleu » ou « rêve indien », de « 30 secondes de bonheur ».

Principe du jeu

Le jeu du foulard consiste en une strangulation volontaire, réalisée seul ou à plusieurs, dont l'objectif est de vivre une expérience spéciale, de connaître des sensations nouvelles, intenses, un état euphorique causé par une hypoxie cérébrale. Les effets le plus souvent décrits sont les suivants : des sensations « planantes », une impression de « décoller du sol », des hallucinations ou visions colorées, des sensations proches de l'orgasme. Les enfants utilisent une ceinture, un foulard, un lien ou les pouces d'un copain : le cou est serré, parfois jusqu'à la perte de connaissance. La strangulation est donc effectuée par le jeune lui-même ou par un copain, généralement dans les cours de récréation ou les sanitaires (près des robinets, pour pouvoir aider au réveil). Le jeu est parfois pratiqué lors de camps d'été. Lorsque l'hypoxie se poursuit, la perte de connaissance s'accompagne de spasmes convulsifs, hypertoniques. Si l'hypoxie se prolonge encore, c'est l'anoxie qui apparaît, généralement accompagnée de gaspes (mouvements inspiratoires prémortels) dont les conséquences peuvent être irréversibles. En général les « étranglements » et les « étranglés » sont les mêmes, à tour de rôle. Cependant il semblerait que certains aient pratiqué ce jeu sous la contrainte ou la pression d'un groupe de jeunes. Lorsque le jeune a repris ses esprits, il raconte ses visions et cherche à partager ses « vécus hallucinatoires » avec le groupe de pairs.

Autres jeux de non-oxygénation

- le jeu de la tomate : l'enfant retient sa respiration jusqu'à devenir tout rouge;
- le jeu du sternum : la perte de connaissance est provoquée par un appui intense sur le sternum jusqu'au blocage de la respiration;
- le jeu de la grenouille : la perte de connaissance est obtenue en s'accroupissant et en hyperventilant.

Il arrive que l'enfant reproduise seul l'étrangement grâce à un lien quelconque, avec un risque accru de strangulation et de pendaison irréversible puisqu'étant seul, personne ne pourra le réveiller.

Quels enfants pratiquent ce jeu ?

Le jeu du foulard existe depuis plusieurs générations et est 'populaire' partout dans le monde.

■
Les enfants ne sont généralement pas conscients des risques qu'ils prennent en pratiquant ce jeu dangereux. Les plus petits ne savent pas qu'il peut entraîner la mort, et les plus grands pensent contrôler les événements.
■

Cette pratique peut toucher tout enfant ou adolescent. Celui-ci peut être « initié » sous la pression d'un groupe, intrigué par une découverte en solitaire ou encore influencé par Internet, des lectures, un film... Une étude canadienne a identifié 65 vidéos de jeux de non-oxygénation sur *You Tube*, montrant différentes techniques, qui risquent de « normaliser » ce type de comportement chez les adolescents. L'initiation débute le plus souvent à l'école primaire. Dans la phase d'initiation et d'expérimentation, le jeu se pratique généralement en groupe, dans la cour de récréation ou les toilettes de l'école, à l'abri des regards des adultes. Notons en passant que des adultes pratiquent également ce jeu. D'autres comportements à risque peuvent être associés à cette pratique, en particulier

des conduites ayant une valeur transgressive. Une étude menée en France en 2004 auprès d'environ 200 collégiens a montré que ceux qui avaient déjà joué au jeu du foulard (7 %) consommaient occasionnellement davantage de toxiques que les autres : tabac (62 vs 16 %), alcool (92 vs 45 %), cannabis (46 vs 10 %), et rapportaient prendre davantage de risques dans le domaine sportif et routier, ce qui montre que leur attrait pour les jeux dangereux a aussi concerné d'autres comportements à risque. Cette co-occurrence de conduites dangereuses est confirmée dans d'autres publications.

Un autre rapport réalisé en France sur le sujet a permis de distinguer les pratiquants « occasionnels » et les pratiquants « réguliers » : les occasionnels sont motivés par la curiosité ou agissent sous la contrainte de l'effet de groupe, tandis que les réguliers recherchent surtout des sensations et sont souvent amenés à pratiquer au domicile.

Les enfants ne sont généralement pas conscients des risques qu'ils prennent en pratiquant ce jeu dangereux. Les plus petits ne savent pas qu'il peut entraîner la mort, et les plus grands pensent contrôler les événements.

Les adultes quant à eux ne sont généralement pas conscients du fait que leur enfant pratique ce jeu avant qu'une intervention médicale ne soit nécessaire.

La pratique du jeu du foulard ne se rattache pas à un profil suicidaire. La majorité des décès qui surviennent sont donc accidentels, le « jeu » ayant mal tourné...

Importance du problème

L'ampleur du problème est difficile à évaluer car le jeu se pratique en général en dehors du regard des adultes et ses conséquences sont souvent interprétées en termes d'accidents. Les décès sont généralement assimilés à des suicides (pendaisons).

La première publication mentionnant le jeu du foulard dans la littérature médicale date de 2000.

Concernant la notoriété et la pratique du jeu, une enquête récente menée au Canada auprès de 2762 élèves âgés de 9 à 18 ans a montré que 68 % d'entre eux avaient déjà entendu parler du jeu du foulard. Près de la

moitié (45 %) connaissaient un ami qui l'avait pratiqué et 6,6 % avouaient l'avoir testé eux-mêmes. Dans 40 % des cas, les jeunes interrogés estimaient que ce jeu était sans risque. Une enquête de ce type a également été réalisée en France en 2007, mais auprès d'un échantillon national représentatif de plus de 1000 adultes cette fois : 63 % d'entre eux ont su décrire précisément le jeu du foulard et 91 % en avaient entendu parler; 9 % ont déclaré avoir été témoins de ce genre de pratique, 4 % ont déclaré l'avoir pratiqué, enfant ou adolescent. La moitié (52 %) des personnes qui l'ont pratiqué personnellement ou l'ont vu pratiquer par d'autres n'avaient pas conscience de jouer ou d'assister à un jeu très dangereux.

En termes de mortalité, les médias rapportent de plus en plus, ces derniers mois, de cas de décès de jeunes adolescents suite à la pratique du jeu du foulard. En Belgique, comme indiqué en début d'article, 4 décès ont été rapportés pour le seul mois d'octobre 2009. Aux États-Unis, le CDC (Centers for Disease Control and prevention) a recensé les décès relatés dans la presse pour estimer l'incidence des décès liés au jeu chez les enfants et adolescents de moins de 20 ans, entre 1995 et 2007. Les cas ont été inclus si le décès était décrit dans un journal et résultait d'une auto-strangulation ou d'une strangulation par une autre personne dans le cadre d'une pratique ayant mis en évidence des éléments du jeu du foulard. Les observations suivantes ont été rapportées :

- 82 décès probablement liés au jeu du foulard ont été identifiés; aucun regroupement géographique et aucune variation selon les saisons ou les jours de la semaine n'ont été observés;
- moins de 3 décès par an ont été rapportés entre 1995 et 2004, 22 décès ont eu lieu en 2005, 35 en 2006 et 9 en 2007;
- les décès ont eu lieu chez des enfants âgés de 6 à 19 ans, avec un âge moyen de 13,3 ans, et 87 % des décès ont eu lieu chez des garçons;
- parmi les décès pour lesquels on disposait de suffisamment de données, 96 % se sont produits alors que le jeune était seul, et 93 % des parents méconnaissaient le jeu du foulard avant le décès de leur enfant.

Témoignages de jeunes

« Lorsque je jouais j'étais tellement bien, je ne sentais plus la douleur, je planais, c'était le bonheur.»

« C'est le danger, le risque qui me plaît.»

« J'étais tellement bien que je ne pouvais plus m'en passer et je jouais tous les jours, et même plusieurs fois par jour.»

Conséquences physiques et neurologiques

Les séquelles liées à la pratique des jeux de strangulation sont les conséquences d'un état d'anoxie cérébrale plus ou moins prolongé : lenteur cognitive, ralentissement dans le traitement de l'information (difficultés d'attention, de mémorisation...), céphalées intenses, amnésies, tendance à la somnolence. Des lésions peuvent être observées, selon la violence de la pendaison : écrasement du larynx, fracture du rachis cervical, élongation de la moëlle cervicale...

Dans les cas les plus graves, on retrouve des séquelles de type lésions cérébrales irréversibles, déficits moteurs (paralysie, paraplégie, tétraplégie), parfois surdité, cécité, voire encéphalopathie; l'anoxie peut aussi conduire à un coma profond avec des épisodes bradycardiques intenses, voire à la mort.

Une pratique intensive et répétée du jeu du foulard peut créer une relation de dépendance comportementale qui pousse le jeune à rechercher toujours plus de sensations via l'auto-asphyxie.

L'hypoxie cérébrale aiguë peut provoquer une perte de conscience en 10 à 20 secondes, des séquelles neurologiques irréversibles en 3 minutes et le décès en 4 à 5 minutes.

Le risque de décès est d'autant plus grand que l'enfant reproduit ce jeu seul à son domicile et qu'il utilise des liens ou foulards.

Prévention

Rechercher des signes d'alerte

Les adultes qui sont en contacts avec des enfants et des adolescents doivent être

conscients de l'existence de ce jeu et des signes d'alerte. Les signes ou comportements suspects sont les suivants :

- des traces suspectes sur le cou (parfois camouflées par un foulard ou une écharpe, ou par le port d'un vêtement cachant le cou);
- des questions posées sur les effets de la strangulation;
- un besoin inhabituel de s'isoler;
- la présence de liens, cordes, ceintures dans la chambre;
- des maux de tête parfois violents, récidivants;
- des douleurs auriculaires;
- une vision floue;
- une diminution de concentration;
- des rougeurs suspectes au visage ou des yeux injectés de sang.

De plus, sur le plan médical, il est extrêmement important de connaître le « jeu du foulard » comme cause potentielle d'épisodes paroxystiques récurrents d'« absences », d'épisodes confusionnels, de syncopes ou de pertes de conscience chez l'adolescent.

Informez les adultes avant tout

La question de la prévention auprès des enfants et des adolescents demande une réflexion approfondie. La première attitude à avoir en cas de suspicion de la pratique du jeu est d'écouter le jeune s'exprimer par rapport à ce jeu, au plaisir et au risque qu'il peut provoquer. Il s'agit donc de susciter le débat, de favoriser la communication, de tester les motivations éventuelles à pratiquer ce jeu. Il peut être nécessaire d'interroger la fratrie et les amis. De plus, il est essentiel d'informer le jeune du risque qu'il prend, les enfants n'étant généralement pas ou peu conscients, et les plus jeunes ne sachant pas que le jeu peut entraîner la mort. Il faut les dissuader d'y jouer, et surtout d'y jouer seuls.

Pour ce qui est de l'information « collective » auprès des jeunes, la prudence s'impose. En effet la connaissance des risques, à l'adolescence, n'apparaît pas toujours comme un facteur de protection, et l'information pourrait même paradoxalement inciter certains adolescents à rechercher des risques. Par ailleurs aborder le sujet de manière trop vague risque également de développer le fantasme et une attirance possible. Il semble que l'attitude la plus appropriée soit de laisser le rôle de l'in-

formation à des spécialistes du sujet ou à des professionnels suffisamment formés, qui, à travers des explications très précises des risques et conséquences de la pratique du jeu, auront probablement le message le plus dissuasif.

Il convient donc avant tout, actuellement, d'informer les parents et les professionnels (enseignants, éducateurs, psychologues, médecins, spécialistes de santé scolaire...) sur le principe du jeu et des autres pratiques existantes, leurs risques et les signes auxquels être attentifs. Une sensibilisation des professionnels (enseignants, équipes PMS et PSE) à la gestion d'une situation de crise en milieu scolaire pourrait également être utile, lorsque survient le décès d'un élève dans ce type de circonstances : elle permettrait de réduire la survenue de troubles psychopathologiques chez les camarades de classe, de permettre une bonne circulation de l'information, de limiter les effets de contagion, d'amplification, de non-dit, de rétablir une continuité dans le fonctionnement de l'établissement scolaire.

D^r Florence Noirhomme-Renard,

médecin scolaire et de santé publique,
Université de Liège, Département des
Sciences de la Santé publique,
Avenue de l'Hôpital, 3 - Bât. B23, 4000 Liège.
Courriel : florence.renard@ulg.ac.be

Associations et sites Internet

Des parents d'enfants victimes du jeu du foulard ont constitué des associations pour faire connaître ces pratiques et prévenir d'autres décès.

En **France** : l'APEAS ou Association de Parents d'Enfants Accidentés par Strangulation, a été créée en octobre 2000. Elle est très active dans le domaine de la prévention et travaille avec des familles, des professionnels et des jeunes qui ont été confrontés à cette expérience dangereuse. Internet : www.jeudufoulard.com.

GASP = Games Adolescents Shouldn't Play : association américaine et canadienne similaire à l'APEAS. Internet :

www.stop-the-choking-game.com

En **Belgique** : l'association « Chousingha » a été créée début 2009 par un papa dont la fille

est décédée tragiquement, victime d'un de ces jeux d'évanouissement. Son but est d'apporter une information préventive sur les jeux dangereux, de constituer des outils pédagogiques destinés aux enfants, aux parents, aux enseignants et aux éducateurs concernant le jeu du foulard. Elle a édité récemment une brochure sur cette thématique, « Les jeux dangereux, ce n'est pas du jeu ! », qui décrit ce que sont les jeux d'évanouissement et les jeux violents, les signes d'alerte, des pistes d'actions en matière de prévention et ce à quoi il est nécessaire d'être attentifs en cas d'accident ou d'incident. Internet : www.chousingha.be.

La Ministre de l'Enseignement obligatoire et de la Promotion sociale **Marie-Dominique Simonet** soutient cette initiative, et a adressé une circulaire à ce sujet aux équipes concernées en Communauté française (circulaire 2960 du 17/12/2009). En voici de larges extraits :

« Les comportements à risque et les jeux dangereux constituent régulièrement un motif d'inquiétude pour les parents, les éducateurs, les enseignants et les directeurs d'écoles. Ils concernent aussi bien des pratiques dans les établissements scolaires qu'en dehors. Le danger est réel bien que souvent méconnu. Sans vouloir créer un sentiment de dramatisation, qui serait injustifié, il convient de rester vigilant et de pouvoir reconnaître les signes d'alertes à un stade précoce, même si ceux-ci ne signifient pas obligatoirement que le jeune pratique ce type de jeu.

Le travail de prévention est essentiel car les jeunes se tournent rarement spontanément vers les adultes pour trouver de l'aide et ont tendance à garder secrètes ces pratiques.

Les parents sont les premiers concernés, même s'il ne savent pas toujours comment (ré)agir. Il est important de les soutenir et de les conseiller. Les professionnels de l'école peuvent également occuper une place importante en intégrant dans leurs pratiques des actions de prévention, fondées sur le développement de la confiance en soi et de l'estime de soi.

Des interventions doivent également être mises en place après un incident, ou lorsque de telles pratiques sont repérées. Le chef d'établissement, les équipes éducatives et enseignantes doivent intervenir tant auprès de

l'élève victime qu'auprès des autres élèves. Sans donner une importance excessive à ce phénomène dont beaucoup de jeunes n'ont pas connaissance et dont ils pourraient se sentir exclus, il s'agit d'adresser aux jeunes un message qui n'est ni incitatif, ni moralisateur mais qui, au contraire, ouvre le débat et favorise la communication avec les élèves. Il ne faut pas négliger non plus l'impact de tels incidents ou accidents sur les élèves « témoins passifs » qui peuvent éprouver un sentiment de culpabilité ou de honte, à ne pas avoir pu ou su intervenir.

Les équipes tri-disciplinaires des Centres PMS ont un rôle central à exercer en la matière tant dans le soutien à la parentalité que dans l'accompagnement des enseignants et des éducateurs dans la mise en œuvre des projets et des actions.

L'équipe tri-disciplinaire du Centre PMS de votre école est votre partenaire privilégié en la matière. Elle est à votre disposition pour vous aider à reconnaître les signes d'alerte, mettre sur pied des actions de prévention et, le cas échéant, intervenir après un incident ou lorsque vous avez repéré de telles pratiques.»

Bibliographie complémentaire

- Correa Guedes A, *Are your students 'playing' the fainting game ?* British Journal of School Nursing, Mars 2009, pp.78-79.
- Le D, Macnab AJ, *Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools*, Inj Prev. 2001 Sep;7(3):231-3.
- Le Heuzey MF, *Attention école : jeux dangereux*, Archives de Pédiatrie, Volume 10, Issue 7, July 2003, pp. 587-589.
- Linkletter M, Gordon K, Dooley J, *The Choking Game and YouTube : A Dangerous Combination*, Clin Pediatr (Phila). 2009 Jul 13.
- Macnab AJ, Deevska M, Gagnon F, Cannon WG, Andrew T, *Asphyxial games or "the choking game" : a potentially fatal risk behaviour*, Inj Prev. 2009 Feb;15(1):45-9.
- Michel G, *Les jeux dangereux et violents chez l'enfant et l'adolescent : l'exemple des jeux d'agression et de non-oxygénation*, Journal de Pédiatrie et de Puériculture 19, 2006, pp. 304-312.
- Toblin RL, Paulozzi LJ, Gilchrist J, Russell PJ, *Unintentional strangulation deaths from the "choking game" among youths aged 6-19*

years - United States, 1995-2007, J Safety Res. 2008;39(4):445-8. Epub 2008 Jul 9.

■ Ullrich NJ, Bergin AM, Goodkin HP, "The choking game": self-induced hypoxia presenting

as recurrent seizure-like events, Epilepsy Behav. 2008 Apr;12(3):486-8.

■ Ullrich NJ, Goodkin HP, The choking game and other asphyxial games in children and adoles-

cents, 2009, <http://www.uptodate.com/home/store/index.do>.

La santé est un droit pour tous!

Malgré ce droit, les inégalités subsistent et restent importantes au sein de la population. C'est pourquoi syndicats, mutualités, fédération des maisons médicales, ONG et autres associations, du nord et du sud du pays, se sont réunis pour travailler ensemble à un meilleur accès à la santé pour tous.

À travers une analyse de la situation, des débats et des actions, la Plate-forme d'action santé et solidarité souhaite amener à une politique de santé plus progressiste et plus solidaire. En Belgique, en Europe et ailleurs.

La santé sous toutes ses facettes

La santé des personnes est déterminée par d'innombrables facteurs parmi lesquels les soins ne jouent qu'un rôle limité. Il est donc nécessaire et essentiel de penser à des politiques transversales qui abordent, en plus des soins, aussi bien la question du logement que celle de l'énergie, de l'environnement, de l'emploi... si nous souhaitons diminuer les inégalités existantes.

La Plate-forme a organisé le 13 novembre dernier une matinée de réflexion autour des inégalités sociales en santé sous l'angle des déterminants sociaux et économiques (logement, environnement, emploi...). L'idée était de réunir des experts d'univers différents : représentants d'associations de patients, de réseaux de lutte contre la pauvreté, d'observatoires de la santé mais également des médecins et des professeurs d'université. Les participants étaient francophones et néerlandophones. Le panel était donc riche et varié. La matinée était animée par **Jean Hermesse** et **Raf Mertens**, des Mutualités chrétiennes¹. L'objectif de cette rencontre était de définir des mesures prioritaires, de les budgétiser et

de définir des stratégies qui permettraient de diminuer les inégalités sociales en santé. Un programme ambitieux pour les ministres d'un jour d'un gouvernement éphémère!

Cette matinée nous a permis de cibler 6 priorités.

1. Développer une approche globale transversale de la santé : viser un travail intersectoriel et mettre sur pied une bonne coordination entre les différents niveaux de pouvoirs en matière de santé. Intégrer systématiquement la dimension santé dans les politiques et actions menées en matière de logement, d'emploi, de transports, d'enseignement... À quand un Plan national de la santé ?

Objectif opérationnel : désignation d'un Commissaire royal à la Santé.

2. Introduire un plan de gestion social local dans lequel l'aspect santé est intégré. L'idée est ici de mettre en place une politique locale sociale en matière de santé qui fasse remonter ses effets

et résultats vers un système plus global. Il faut renforcer la participation citoyenne.

Objectif opérationnel : création d'observatoires locaux de la santé.

3. Renforcer la sécurité sociale : pensions, assurance maladie invalidité, assurance autonomie, assurance hospitalisation. Maintenir le système de solidarité, car les assurances privées aggravent les inégalités sociales.

Objectif opérationnel : développer le premier pilier, la couverture et les indemnités par la sécurité sociale.

4. Renforcer une fiscalité qui soit plus équitable.

Objectif opérationnel : une fiscalité plus juste touchant toutes les sources de revenus et les flux financiers.

5. Garantir un travail digne, avec une attention particulière à l'évolution des conditions de travail des travailleurs, en particulier pour les travaux lourds, les situations de sous-trai-

Le Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté

Le **Réseau Belge de Lutte contre la Pauvreté** (BAPN) coordonne un projet où des personnes en situation de pauvreté des trois régions du pays formulent des recommandations au niveau de la santé, de la sécurité sociale et de l'inclusion sociale. Ce projet de deux ans (2009-2010) se fait en étroite collaboration avec les réseaux régionaux (bruxellois, flamand et wallon) de lutte contre la pauvreté et de nombreuses associations de terrain qui sont en contact avec des personnes en situation de pauvreté. Les recommandations des personnes en situation de pauvreté seront présentées aux

responsables politiques à la fin de 2010. Afin de leur conférer plus de « poids », BAPN souhaite que ces recommandations très concrètes soient portées et soutenues par le plus grand nombre d'organisations et d'instances de la société civile et du monde académique concernées par ces thèmes. C'est ainsi que la Plate-forme Santé-Solidarité collabore activement aux travaux de BAPN, tout comme BAPN a participé à la matinée de réflexion organisée par la Plate-forme le 13 novembre dernier. L'objectif clairement affiché est de se renforcer mutuellement.

¹ Depuis lors, Raf Mertens a quitté les Mutualités chrétiennes. Il est devenu le directeur du KCE, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

tances, la précarité de l'emploi et les cadences. Prévoir une réglementation adaptée en matière de santé au travail.

Objectif opérationnel : coordination des structures de santé (médecins généralistes, médecins du travail, syndicats) et intégration de la problématique dans les politiques de santé.

6. Augmenter le revenu d'intégration sociale. Il doit dans un premier temps atteindre le seuil de pauvreté européen pour ensuite faire l'objet d'une nouvelle hausse pour atteindre 878 €, minimum vital en Belgique.

Objectif opérationnel : atteindre 878 € en 2012.

Des choix, idéologiques, sociaux et politiques!

'Peut-on rendre les Belges égaux devant la santé?'

Cette question sera au cœur du deuxième

temps de notre démarche le 25 mars prochain. En effet, ce sera le moment pour la Plate-forme de mettre les politiques face à leurs responsabilités et de leur soumettre des recommandations très concrètes.

De nombreuses recherches ont été faites, de nombreux colloques organisés et nous faisons toujours les mêmes constats : les inégalités ne cessent d'augmenter. Il faut agir plus globalement, inventer un nouveau modèle de société.

L'objectif de la soirée sera de convaincre les représentants politiques que notre système économique, social et politique doit être adapté pour amener notre société vers un développement plus humain.

Nous défendrons des mesures concrètes qui ouvrent des perspectives, qui peuvent mettre des contradictions en évidence et qui amènent

à une réelle conscientisation. Bien souvent de telles mesures ne nécessitent pas forcément de nouveaux moyens. Des transferts, des fusions de budgets sont possibles ou il faut réorienter les priorités.

Nous vous attendons nombreux à ce débat ! Il sera bilingue, tout comme notre Plate-forme, et une traduction simultanée sera assurée.

Cela se passera donc le 25 mars 2010 à partir de 19h30 au Centre De Markten, rue du Vieux Marché aux Grains 5 à 1000 Bruxelles (quartier Sainte-Catherine). Inscriptions via le site internet : www.sante-solidarite.be.

Tél.: 02 209 23 64 - 0484 499 603. Contacts : france.defrenne@sante-solidarite.be - famke.vekeman@gezondheid-solidariteit.be

France Defrenne, Plate-forme Santé-Solidarité

MATÉRIEL

Mon fils, ma fille est homo... Qu'est-ce que ça change ?

Une brochure d'information pour les parents

Dans la plupart des cas, c'est un choc pour les parents d'apprendre que leur enfant est homosexuel. Bien souvent, ils n'y sont pas préparés et s'adapter à cette situation prend du temps.

Pour aider les parents dans ce cheminement, les associations Tels Quels et Ex Aequo ont réalisé un nouvel outil d'information en collaboration avec des parents de gays et de lesbiennes.

L'homosexualité étant moins taboue dans notre société qu'auparavant, on pourrait croire qu'elle n'est plus un problème pour personne. Et pourtant, à des degrés divers, lorsqu'elle se pose à des parents pour leur propre enfant, l'homosexualité reste une vraie question au sein de la famille. L'acceptation par les parents ne se fait pas en un jour et leur demande souvent, comme aux enfants, de dialoguer et de se remettre en question.

La brochure n'offre pas de « recette miracle » ou de réponses toutes faites aux questions



des parents, mais vise à renouer une dynamique de confiance entre les parents et leur enfant et propose des pistes de réflexion : en quoi l'image que les parents se faisaient de leur enfant se trouve-t-elle modifiée par l'annonce de son homosexualité ? Quid du désir

d'être un jour grands-parents ? Quelle différence entre l'enfant réel et l'enfant idéalisé ? Si les parents cherchent à changer l'orientation sexuelle de leur enfant, celui-ci ne risque-t-il pas de se rendre malheureux en essayant de leur plaire ? Etc.

La brochure vise également à vaincre les idées préconçues et les stéréotypes liés à l'homosexualité. Elle offre quelques éléments théoriques qui permettront aux parents de mieux comprendre l'homosexualité de leur enfant : « Mon enfant peut-il guérir de son homosexualité ? », « A-t-il choisi son orientation sexuelle ? », « Sera-t-il heureux ? » « Quels risques encourt mon fils par rapport au VIH/Sida ? »

La brochure informe aussi sur les différentes ressources disponibles en Communauté française et sur les possibilités d'établir des contacts avec d'autres parents.

Elle est disponible gratuitement chez Ex Aequo (02 736 28 61) ou chez Tels Quels asbl (02 512 45 87).

Intoxication au CO

Malgré les nombreuses campagnes de prévention, ce 'meurtrier silencieux' a fait en 2008 à nouveau 1.434 victimes, dont 41 mortelles. 40 % de ces accidents se sont produits dans la salle de bain. Un chauffe-eau ou une chaudière anciens ou qui fonctionnent mal en combinaison avec une aération insuffisante expliquent souvent ces accidents.

Bien que tout le monde puisse être victime du CO, les personnes défavorisées et certaines minorités constituent un groupe à risque important. Elles habitent dans des maisons plus anciennes, avec des appareils de chauffage plus vieux et/ou moins chers et n'ont pas toujours l'argent nécessaire pour un entretien annuel de ces appareils ou un contrôle de la cheminée.

« En outre, elles ne sont pas toujours conscientes du danger, étant donné que les campagnes traditionnelles les touchent difficilement », explique la Ministre fédérale de l'Intérieur, **Annemie Turtelboom**. « C'est pourquoi nous avons décidé de mettre sur pied une campagne pour laquelle nous faisons appel à des organisations qui sont directement en contact avec ces groupes à risque. »

« Avec l'aide du SPP Intégration sociale, du Centre Antipoison et de la Brandweer Vereniging Vlaanderen, nous avons contacté les CPAS, les associations de lutte contre la pauvreté, les organisations de défense des minorités, l'Association royale des gaziers de Belgique, les magasins de seconde main et les mutuelles afin qu'ils collaborent à cette campagne ».

Le SPF Intérieur a élaboré un photoroman que les partenaires peuvent utiliser pour expliquer les risques de l'exposition au CO et les solutions.

Ce document de sensibilisation, qui met en scène un couple 'dans l'air du temps', Marie et Karim, se veut très didactique. Originalité : il est disponible en pas moins de 10 langues (néerlandais, français, allemand, anglais, arabe, turc, polonais, roumain, espagnol et portugais) afin de pouvoir sensibiliser un maximum de personnes. En outre, une brochure générale et des affiches ont également été élaborés.



Gare au... tueur silencieux, matériel disponible à infodoc@ibz.fgov.be ou par fax au 02 557 35 22. Brochure aussi téléchargeable sur www.besafe.be, rubrique 'nos publications'.

Joko

La chasse aux dangers de la cave au grenier

La European Child Safety Alliance a réalisé une étude sur la sécurité des enfants dans 24 pays, avec des résultats moyens pour la Belgique. Vu la fréquence élevée des accidents dans et autour de la maison, la Mutualité libérale a fait de la promotion de la sécurité des enfants une de ses priorités.

Le projet 'Joko, une maison sûre pour les petits malins' propose un jeu interactif en ligne à destination des enfants âgés de 5 à 7 ans.

L'objectif du jeu est que les enfants partent à la découverte de la maison du singe Joko en

sa compagnie. Le rôle des enfants est d'apprendre à Joko, qui est un peu turbulent, comment jouer en toute sécurité, et de lui faire découvrir les risques spécifiques à chaque pièce. Pas question d'interdire l'accès à certaines parties 'dangereuses' de la maison, cela ne ferait qu'en accroître l'intérêt aux yeux des petits intrépides. Un jeu de stimulation permet au contraire de décoder les risques domestiques d'une manière sûre et pédagogique.

Le jeu en ligne est complété par un livret de coloriages.



Union nationale des mutualités libérales, rue de le Livourne 25, 1050 Bruxelles. Pour jouer, www.mlsante.be

50 activités pour apprendre à vivre ensemble

Description de l'outil

Cet ouvrage propose 50 activités propices à créer des situations pour :

- **favoriser l'autonomie** : le conseil d'évaluation entre enfants, les « missions » d'exploration...;
- **instaurer le dialogue** : le jeu des paires (le hasard attribue à chaque enfant « un copain » du jour, pour faire les activités à deux), les questions à l'enseignant...;
- **susciter la curiosité intellectuelle** : le livre surprise (amené par un enfant pour le faire découvrir aux autres), le jeu des objets devinettes...;
- **mettre en jeu la collaboration** : la fresque collective, la compétition par équipes...;
- **apprendre à gérer ses émotions** : débat avec magnéto, le jeu de la colère et du câlin (mimes)...;
- **faciliter l'échange entre l'école et l'extérieur** : la correspondance avec une autre classe/école, la promenade dans le quartier...;
- **découvrir le monde institutionnel** : le jeu du vote, la découverte des monuments institutionnels de la ville...;
- **éveiller à la protection de l'environnement et au développement durable** : totem en récupération dans un lieu proche (jardin public, petit bois...), mesure de l'eau qui

coule et « qui pleut » (apprentissage des notions de renouvellement, gaspillage)....

DORANCE S., 50 activités pour apprendre à vivre ensemble, Paris, Ed. Retz, 2007, 136 pages, 15,40 € (disponible en librairie).

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa

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 (mars 2008).

Appréciation globale

Cet outil se propose de travailler à la mise en place de compétences psychosociales (assertivité, confiance en soi, estime de soi, expression et gestion de ses émotions) auprès de jeunes enfants, quel qu'en soit le milieu économique et culturel. Il fournit une approche éclairée et éclairante des notions de citoyenneté. En installant, dès les premiers apprentissages, les réflexes d'empowerment citoyen et la capacité de dire, il participe de manière indirecte à la réduction des inégalités devant la santé.

L'utilisateur, même novice, se situe rapidement grâce à un propos structurant et cadré,

sans toutefois être directif. Simple, pratique, concret, applicable directement, l'outil – intemporel – permet une appropriation rapide... pour des heures d'activités, ponctuelles ou à plus long terme.

Des pistes bibliographiques pour explorer le thème auraient été bienvenues.

Objectifs de l'outil

- Comprendre la vie en société (parents, copains, commune, environnement).
- Stimuler des compétences (dialogue, gestion des émotions, autonomie, collaboration).
- Ouvrir à la différence par la découverte valorisante de l'autre.
- Stimuler la curiosité, l'envie d'apprendre et d'agir, donner le goût d'entreprendre.
- Stimuler l'action sur l'environnement (découvrir le monde institutionnel, favoriser les échanges entre école et extérieur).

Public cible

Maternelle et cycle 5-8.

Utilisation conseillée

Adapter certaines activités au contexte belge. L'utilisation auprès d'enfants plus âgés (5-8) est possible pour plusieurs activités.

VU POUR VOUS

Des Helpisodes pour contrer le tabac

Dans le cadre de la campagne Help, une action en ligne originale a été lancée pour la période 2009-2010. Elle s'inscrit dans la stratégie participative de la campagne Help qui a été développée tout au long de l'année 2009. Cette action sera consolidée grâce à l'utilisation de plates-formes communautaires et d'espaces de conversation tels que les réseaux sociaux et les sites de vidéos en ligne. Le partenariat avec *Daily Motion* en fait partie intégrante, à l'instar de la présence de la campagne sur

Facebook. La campagne « Helpisodes » a été conçue et développée en concertation avec les organisations de jeunesse associées à Help, afin de renforcer la pertinence de l'action et son attrait pour le public cible.

Une série web 'éducative' d'un genre nouveau

Les séries web, des courts métrages produits spécialement en vue de leur diffusion en ligne, existent depuis environ dix ans. Elles

ont été inventées par des réalisateurs amateurs qui s'inspiraient de leurs séries télévisées favorites. Ces séries sont très prisées par les jeunes générations qui ont grandi avec les *Simpsons* et *South Park* comme références culturelles. Le succès de la série Web « Happy Tree Friends » et « Fur TV » de MTV illustre la popularité de ce format chez les jeunes.

Ces courts métrages ont la capacité de propager à grande échelle un message en ligne fort, de la même manière que la campagne

virale Nicomarket en 2007, une action originale et efficace qui a bénéficié d'une véritable reconnaissance auprès des jeunes et de l'industrie du marketing.

En s'appuyant sur l'expérience de Nicomarket, qui doit son succès à une approche audacieuse et originale très répandue dans la culture web, l'action « Helpisodes » se veut provocante et audacieuse afin de capturer l'attention d'un jeune public de plus en plus inconstant. La « tactique de choc » humoristique et les codes graphiques originaux font appel à une liberté d'expression et à un humour qui se trouvent aux antipodes des campagnes télévisées traditionnelles.

Le principe des « Helpisodes »

L'objectif de ces « Helpisodes » absurdes et avant tout humoristiques est de communiquer avec les jeunes dans un langage qu'ils comprennent et apprécient, afin de les sensibiliser aux problèmes liés au tabac, ainsi qu'au message du programme Help, et d'attirer leur attention sur des conseils et des astuces sérieuses. La série est d'ailleurs étroitement liée à la stratégie « astuces » qui se trouve au cœur de la campagne et vient la renforcer. Chaque « Helpisode » mettra l'accent sur une astuce 'absurde' pour traiter l'un des principaux sujets de la campagne Help, tels que la prévention, l'arrêt du tabac ou le tabagisme passif pour diriger ensuite l'internaute vers des astuces 'sérieuses' disponibles sur www.help-eu.com. Une série de 11 « Helpisodes » animés et indépendants de maximum 1'30", ainsi qu'un pilote de

2'30", qui présente les personnages principaux et explique la création de la série, ont été produits. Le pilote montre comment les Helpers se mettent ensemble afin de lutter pour un monde sans tabac, alors que chacun d'entre eux souffre d'un traumatisme personnel dû aux cigarettes.

Dans chaque « Helpisode », un jeune Européen (HelpMe) est confronté à un problème en rapport avec le tabac (il souhaite arrêter de fumer, ne pas commencer ou se protéger contre le tabagisme passif). Pour obtenir de l'aide, il fait appel à un trio efficace et déterminé (les Helpers). Pour lui venir en aide, les trois héros lui proposent des astuces originales et audacieuses afin de résoudre le problème.

Chaque Helper est clairement spécialisé dans un domaine : Skinny est l'expert du tabagisme passif, Chuck est responsable de l'arrêt du tabac et Loona est la spécialiste de la prévention.

Un nouvel épisode sera diffusé en ligne chaque mois. Dans le cadre de cette action, le public a la possibilité de déterminer la fin de l'épisode du mois suivant en choisissant parmi deux conseils des Helpers. Les jeunes ont ainsi l'occasion d'interagir avec les actions des Helpers.

Le mini-site des Helpers

La série web est hébergée sur le site Web Help dans une section entièrement consacrée à l'action « Helpisodes ». Cette section présente le contenu dans une structure intuitive simplifiée : une page très longue qui indique directement tout le contenu disponible, un format de plus en plus populaire pour les sites Web destinés aux jeunes.



Cette page est composée de trois sections. Tout d'abord, il y a l'en-tête qui identifie la série web.

Ensuite, la zone de contenu vidéo propose l'épisode actuel avec la fin choisie par les internautes et permet aussi aux internautes de visualiser l'autre fin qui n'a pas été retenue par les utilisateurs. Elle comporte également un lien vers des conseils avisés de spécialistes sur www.help-eu.com, un appel à voter pour le prochain épisode et un lien vers les épisodes précédents.

Enfin, la zone de contenu supplémentaire permet aux internautes d'obtenir des informations sur la série, les personnages et leur rencontre et d'écouter la musique des Helpers (générique des Helpisodes, listes de lecture dédiées aux différents personnages).

Les « Helpisodes » et le mini-site ont été lancés en octobre 2009 et leur diffusion s'étendra jusqu'en septembre 2010. En moins de 3 mois, les vidéos avaient été vues plus de deux millions de fois.

D'après le dossier de presse de la campagne Help

en VIE d'amour

Cet outil pédagogique a comme objectif la promotion de la santé affective, relationnelle et sexuelle des personnes blessées médullaires. Il est destiné aux personnes handicapées, aux professionnels de la santé ainsi qu'à toute personne concernée de près ou de loin par ce handicap.

Il se présente sous la forme d'une valisette transparente contenant trois DVD ainsi qu'un livret d'accompagnement qui permet à l'utilisateur

de mieux comprendre et utiliser les vidéos.

Les DVD proposent des informations et des conseils, mais également une série de témoignages de personnes handicapées, de leurs proches et de professionnels de la santé. Ils abordent chacun une problématique spécifique de la vie affective, relationnelle et sexuelle. *S'ouvrir aux autres et à soi-même.*

Ce DVD aborde entre autres les représentations sociales, le vécu après l'accident, la

confiance en soi, la vie affective et relationnelle, la rencontre amoureuse, la vie en couple et les lieux d'ouverture aux autres et à soi-même.

Vivre sa sexualité.

Ce DVD aborde entre autres les fonctions sexuelles, les répercussions d'une lésion médullaire sur la sexualité, les pratiques sexuelles, les aides sexuelles, la contraception, les difficultés liées à l'hygiène intime, l'orientation sexuelle et la sexualité en institution.

Fonder une famille.

Ce troisième DVD aborde entre autres le désir d'enfant, les spécificités liées à la procréation, la grossesse et l'accouchement, la vie au quotidien avec bébé, l'adoption et la vie de famille.

L'ensemble a été réalisé sous la direction de **Michel Mercier, Christine Delhaxe et Joëlle Berrewaerts**, du Département de Psychologie de la Faculté de Médecine des FUNDP (Namur), tous trois spécialisés dans le handicap.

Disponible au prix de 75 euros en librairie et (frais d'envoi en plus) aux Presses universitaires de Namur, Rempart de la Vierge 13, 5000 Namur. Courriel : pun@fundp.ac.be. Tél.: 081 72 48 84. Internet : www.pun.be.

Humanisation des soins aux enfants

www.sparadrap.org

À découvrir pour mieux préparer les enfants à un soin, un examen de santé, une visite médicale, une hospitalisation : le site Internet de l'association Sparadrap.

Créée en 1993 par des parents et des professionnels de la santé, l'association Sparadrap informe et prépare les enfants et leurs parents aux soins, aux examens de santé, aux hospitalisations, favorise une meilleure prise en charge de la douleur de l'enfant et valorise le rôle et la place des parents quand l'enfant est malade ou hospitalisé. Sparadrap édite notamment des guides pratiques pour les enfants et les parents et anime des formations pour les professionnels.

Grâce au soutien du Conseil Régional d'Ile-de-France, de la Direction Générale de la Santé, du laboratoire GlaxoSmithKline, de la Fondation Unitative et de la Banque Fédérale

Mutualiste, le site de l'association a fait peau neuve. Il est désormais accessible à tous, y compris les personnes handicapées, et repensé pour guider facilement et concrètement toute personne concernée par la santé de l'enfant.

www.sparadrap.org offre un espace dédié à chacun – enfants, parents et professionnels – avec une mine d'informations et de conseils :

- pour les enfants – des jeux pour découvrir l'hôpital et le « dico de la santé » dans lequel de nombreux termes relatifs à l'univers médical et hospitalier sont définis simplement et illustrés;
- pour les parents – des conseils très complets sur de nombreuses thématiques : mon enfant va être hospitalisé, va subir un examen, un prélèvement, va recevoir un soin, va être opéré, va chez le dentiste, mon

enfant a des soucis dans la tête, va avoir un plâtre, si mon enfant a mal... Mais aussi des textes de références et de nombreux témoignages;

- pour les professionnels de la santé et de l'enfance – les formations et supports proposés pour une meilleure prise en charge de l'enfant malade et de sa famille, la mise en valeur d'initiatives de terrain, des conseils pratiques...

De plus, le « Carnet d'adresses » recense les coordonnées d'organismes spécialisés (maisons de parents, associations de malades, de professionnels...), le « Catalogue » présente et permet de commander en ligne tous les supports créés et diffusés par l'association, et le « Forum » invite chacun à s'exprimer, échanger et témoigner.

Votre Serge, avec ou sans fumée ?

De passage à Paris fin janvier, au moment de la sortie de 'Gainsbourg (Vie héroïque)', il était difficile d'échapper à la campagne d'affichage promotionnel pour le film de **Joann Sfar**.

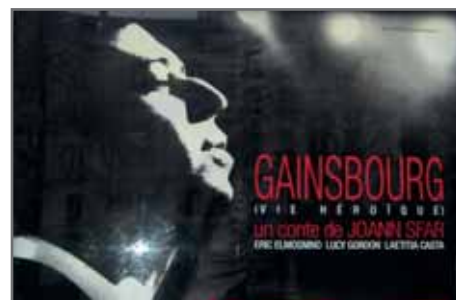
Le promeneur attentif aura constaté une variante dans les visuels présentant pourtant le même profil du comédien personnifiant l'artiste : certains montraient de la fumée, d'autres pas...

L'an dernier, une polémique avait déjà éclaté à propos de l'affiche de l'exposition rendant hommage à **Jacques Tati** à la Cinémathèque française : la célèbre pipe de Monsieur Hulot faisant de nos jours 'mauvais genre' aux yeux

de certains avait été remplacée par un petit moulin à vent dans les stations de métro.

Éducation Santé fait appel à vous chers lecteurs !

Qu'en pensez-vous ? Êtes-vous choqués de voir la 'réalité historique' revue au nom du respect de la loi et de la lutte anti-tabac ? Trouvez-vous au contraire qu'il y a lieu d'être particulièrement vigilant pour éviter qu'une image 'positive' ou 'glamour' du tabac refasse surface ? Avez-vous d'autres réflexions à partager ? Envoyez-les nous à education.sante@mc.be. Nous nous ferons un plaisir de publier vos réactions dans un prochain numéro !



BRÈVES

La pensée du mois

« Pour retrouver ma jeunesse, je suis prêt à tout, sauf faire de l'exercice, me lever tôt et être respectable »

Oscar Wilde, dans *Le portrait de Dorian Gray*

Femme

Bruxelles – Sauvenière (Gembloux)

Mars à juin 2010

Programme des activités proposées par Femmes et Santé au cours des prochains mois.

Cours « Femmes, Santé et Ménopauses; un autre regard sur ces années de transition »

Les samedis 6 et 13 mars 2010, de 9 à 17h.

Lieu : Trifolium (plan d'accès www.trifolium.be), rue de Baudecet 9, 5030 Sauvenière (près de Gembloux)

Ateliers "Prendre sa santé en main"

Toujours en interaction avec les femmes et dans un but d'intégrer dans le programme leurs compétences et savoirs. Les ateliers s'appuient sur des concepts innovateurs de la promotion de la santé.

Ils sont construits autour de l'information, l'apprentissage, l'échange et le partage entre femmes.

Nous proposons des outils ludiques, qui stimulent la créativité des femmes en matière de santé et de bien-être. Il s'agit d'une approche holistique du corps et de la santé.

Horaire : 18h-20h

Lieu : rue de la Tulipe 34, 1050 Ixelles (locaux de la Fédération laïque des centres de planning familial)

- Atelier Santé des seins les mercredis 24 et 31 mars 2010
- Atelier Santé du cœur les mercredis 21 et 28 avril 2010
- Atelier Santé du périnée les mercredis 2 et 9 juin 2010

Rencontres intergénérationnelles

Promouvoir l'échange intergénérationnel centré sur le corps, la santé, la vie amoureuse et la sexualité.

Ces rencontres stimuleront la communication et l'échange entre jeunes femmes (16 - 35 ans) et femmes après la cinquantaine. Il a comme objectif de réinventer une culture de transmission entre femmes de différentes générations.

Horaire : 18h-21h

Lieu : rue de la Tulipe 34, 1050 Ixelles (locaux de la Fédération laïque des centres de planning familial)

Dates : mardis 4, 11, 18 et 25 mai 2010

La participation au groupe intergénérationnel est gratuite.

Atelier Femmes – Corps – Contes (avec la conteuse Amandine Orban de Xivry)

Dans les modules concernés, un temps est consacré à l'écoute collective du conte et suivi par un moment d'échanges collectifs : qu'est-ce qui m'a

touchée, interpellée, choquée... Avec quoi cela entre-t-il en résonance dans ma propre vie ? On proposera aux femmes de former des sous-groupes et de réfléchir à une image du conte qui les a particulièrement interpellées.

Lieu : rue de la Tulipe 34, Ixelles (Fédération laïque de centres de planning familial)

Horaire : 18h-20h

Dates : 20 avril 2010 (Persillette)

24 avril (Présentation aux Carrefours des générations)

27 avril (Pèlerine)

15 juin (La grand-mère et la pastèque + Le commencement)

Promotion de la santé sexuelle et reproductive : l'hygiène menstruelle écologique et la contraception non hormonale

■ Atelier Hygiène menstruelle écologique (2 soirées de 2 heures)

Contenu : le cycle menstruel, histoire des produits menstruels et impact des produits jetables sur la santé et l'environnement, découverte d'alternatives écologiques.

■ Atelier : la contraception non hormonale (2 soirées de 2 heures)

Contenu : les différents modes de contraception existants, leurs avantages et inconvénients pour la protection contre les grossesses non désirées; cycles de vie des femmes, santé et contraceptions; apprentissage théorique et pratique de méthodes non hormonales de contraception (principalement le diaphragme et la cape cervicale)

Animatrice : **Cécile de Wandeleer**

Lieu : rue de la Tulipe 34, Ixelles

Horaire : 18h-20h

Dates : 19 et 26 mai (contraception non hormonal), 1 et 7 juin (hygiène menstruelle)

Pour toute activité l'inscription est indispensable auprès de l'ASBL Femmes et Santé,

Avenue Lambeau 24, 1200 Bruxelles.

Tél.: 02 734 45 17.

<http://www.femmesetsante.be/>

Épilepsie

Ottignies

9, 11 et 27 mars 2010

La Ligue francophone belge contre l'épilepsie asbl organise diverses activités à Ottignies pour les personnes concernées par l'épilepsie, en collaboration avec le Centre Neurologique William Lennox (voir site : www.ligueepilepsie.be).

■ le mardi 9 mars 2010 et le mardi 8 juin 2010 de

13h30 à 15h : réunion témoignage-échange ouverte à tous.

■ le mardi 11 mars, conférence « Épilepsie et famille » par **C. Courtois** et **V. Vaessens**, psychologues au Centre Neurologique William Lennox.

■ le samedi 27 mars 2010 de 10 h à 12 h, réunion pour les enfants épileptiques et en parallèle une réunion pour leurs parents.

Pour tout renseignement : LFBE, M^{me} Gillis :

Tél.: 02 344 32 63 (mardis et jeudis) ou CNWL,

M^{me} Courtois : Tél.: 010 43 03 30 (lundis).

Audiovisuel

Liège

15 au 20 mars 2010

9^e Festival International du Film de Santé, ImagéSanté.

Cela se passera au CHU de Liège, de 9 à 18h.

Éducation Santé couvrira l'événement.

Renseignements et réservations sur

www.imagesante.be

CLPS

Hainaut occidental

Mars, avril 2010

Quelques actions organisées par le CLPS-Ho et ses partenaires dans les prochaines semaines.

18 mars 2010 Module III : Des écoles et des acteurs en projet

Dans le cadre du projet Point d'appui aux écoles en matière de prévention des assuétudes, un relevé des besoins des écoles du Hainaut occidental a été effectué et a donné lieu à bon nombre de réflexions, suggestions mais aussi demandes de la part du monde enseignant. Une demande plus particulière a été formulée quant à l'échange entre écoles, et entre écoles et structures de prévention de projets existants autour de la thématique des assuétudes. C'est pourquoi le Point d'appui assuétudes et le CLPS-Ho organiseront une matinée permettant à toutes ces personnes de se rencontrer, de présenter leur projet et d'échanger autour de ceux-ci. Elle se déroulera entre 8h30 et 13h à Mouscron (lieu à confirmer).

Le programme complet peut être consulté sur le site internet : www.clpsho.be en page d'accueil

30 mars 2010 Santé mentale et vieillissement : matinée d'échanges autour de la prévention des troubles de la mémoire

Le programme complet, le lieu et les informations complémentaires sont à venir.

10 avril 2010 : Fête interculturelle à Bernissart

Site du CAP à Bernissart de 10h à 23h

La fête interculturelle est organisée en collaboration avec près de 19 partenaires et a pour objectifs de :

- découvrir la richesse de la culture de l'autre à travers l'art culinaire, la musique, les us et coutumes...;
- faire se rencontrer les habitants de l'entité qu'elles que soient leur culture, leur lieu d'habitation, leur genre et les différentes tranches d'âge;
- lutter contre l'isolement social et élargir le tissu/réseau social;
- viser la participation active et citoyenne : rendre le citoyen acteur et renforcer les solidarités;
- apporter une information « santé » et une visibilité des ressources locales;
- proposer des activités qui peuvent être reconduites sur l'entité.

Le programme complet est disponible sur le site internet du CLPS-Ho, dans la rubrique Antenne de Bernissart : <http://www.clpsho.be/fr/antenne-de-bernissart/>

Assuétude

Tihange

19 mars 2010

Le Centre local de promotion de la santé de Huy – Waremme organise une demi-journée d'échange sur le thème « **Attentes et besoins des établissements scolaires en matière de prévention des assuétudes** ». Cela se passera le 19 mars 2010 (de 9 à 13h), au Centre d'Autoformation et de Formation (CAF) (La Neuville, 1 – 4500 Tihange).

L'objectif de cette demi-journée est double : tout d'abord faire le point sur les constats des acteurs scolaires en matière d'assuétudes, ensuite favoriser

Avis aux impatients

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

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

Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

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

la communication entre acteurs scolaires et acteurs de prévention afin d'améliorer le développement de projets de promotion de la santé.

Inscription obligatoire par téléphone au 085/25.34.74 ou par mail (paa.clpshw@skynet.be) auprès de Madame Jessica Jadot (Point d'Appui Assuétude - Centre Local de Promotion de la Santé Huy - Waremme).

Assuétude – milieu de travail

Bruxelles

22 mars ou 20 avril 2010

Formation "Cannabis et travail" organisée par Santé & Entreprise

Objectif : aborder l'impact et les répercussions de la consommation de cannabis en milieu professionnel et répondre aux questions fréquemment posées par les entreprises.

Contenu :

- usage et mésusage du cannabis;
- implications sur le lieu de travail : conséquences, facteurs de risque, rôle et responsabilité de chacun, méthodologie d'intervention.

Prix du module : 75 euros

Dates : le lundi 22 mars ou le mardi 20 avril 2010, de 9h00 à 17h00.

Lieu : dans les locaux de Santé & Entreprise

Renseignements : Catherine Cappendijk, Santé & Entreprise, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles. Tél. et fax : 02 215 61 45. Courriel : info@sante-entreprise.be.

Récit de vie

Havré

23 mars 2010

L'Observatoire de la Santé du Hainaut vous convie à un Midi Santé intitulé 'Tables d'écritures' (de 12 à 14 heures). Intervenante : **Anne-Marie Trekker**, Traces de vie ASBL.

Renseignements et inscriptions :

Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél : 065 87 96 00.

Site : <http://observatoiresante.hainaut.be>.

Alimentation

Bruxelles

25 mars 2010

Le service éducation permanente de l'asbl Question Santé vous propose depuis le mois dernier son 'Café santé', un espace de rencontre et discussion entre citoyens et professionnels sur des questions de société et de santé.

Le sujet du jour sera 'L'alimentation... une question individuelle ou collective ?'

Le débat aura lieu de 13h30 à 15h30 à la cafétéria de la Maison de la Solidarité, rue du Viaduc 133, 1050 Bruxelles.

En collaboration avec la Coordination sociale d'Ixelles. Informations complémentaires au 02 512 41 74 ou par courriel à info@questionsante.org.

VIH

Charleroi

1^{er} avril 2010

L'asbl Sida-IST Charleroi-Mons organise une journée de réflexion autour du VIH (et ce n'est pas un poisson). Celle-ci se déroulera entre 8h15 et 13h, à l'Espace Santé, Bd Zoé Drion 1 à Charleroi.

Pour découvrir le programme, les sujets abordés ou vous inscrire, surfez sur le site :

www.sida-charleroi-mons.be/journee.html

Vous pouvez également obtenir le programme ou vous inscrire en contactant Annick au 071 925 413.

Pauvreté

Bruxelles

27 avril 2010

Colloque 'Pauvreté et Vieillesse'

La Fondation Roi Baudouin organise à Bruxelles une conférence sur 'La pauvreté et le vieillissement'. Celle-ci s'inscrit dans un projet plus large du Think Tank européen 'Pour la Solidarité' (PLS). Elle a pour objectif de sensibiliser le public au rôle que joue l'Union européenne dans la lutte contre la pauvreté grâce à la méthode ouverte de coordination et, en particulier, au Plan d'action national inclusion sociale.

Cette conférence veut stimuler un débat de fond sur la pauvreté et le vieillissement, à partir de thèmes spécifiques comme les pensions, les soins et la santé, la mobilité et l'isolement, le logement et l'énergie. Elle s'adresse à tous les acteurs concernés, aux associations et organisations sur le terrain, et notamment aux associations de personnes âgées, aux associations actives dans le secteur de la pauvreté et le secteur des soins, aux CPAS, aux structures sociales, aux responsables politiques, aux syndicats, aux mutuelles, aux administrations, etc. Le défi consistera à formuler des points d'actions prioritaires qui seront présentés aux responsables politiques.

La conférence se déroulera sur une journée complète et s'articulera autour de plusieurs séances plénières (avec traduction simultanée français/néerlandais) et d'ateliers (unilingues) sur des thèmes spécifiques. Un programme provisoire sera prochainement mis en ligne.

Elle aura lieu à l'European Management Centre, rue de l'Aqueduc 118, 1050 Ixelles, de 9h30 à 17h30. La participation est gratuite. Informations générales au 070 233 065, informations spécifiques auprès de Pascale Taminioux (taminioux.p@kbs-frb.be) au 02 549 02 91.

Soins de santé

Bruxelles

28 et 29 mai 2010

Rencontres Prescrire

Elles auront lieu cette année dans les locaux de la Faculté de médecine de l'UCL, sur le thème 'Pour des soins de qualité accessibles'.

Au programme : 2 plénières, 3 ateliers, 20 intervenants, des posters, échanges et partages d'expériences, et en prime le spectacle 'Ma terre happy' de Bruno Coppens. Programme détaillé et bulletin d'inscription sur le site www.prescrire.org. Les capacités d'accueil étant limitées, ne tardez pas...

Chantons la santé

La Médiathèque vient d'éditer un recueil de 18 chansons et de 5 contes, pour la plupart inédits, sur des questions de santé. L'objectif est de faire connaître des artistes émergents issus de la

Informez-nous...

... de vos actualités et brèves. Nous les publierons volontiers dans la revue et sur notre site, qui est mis à jour toutes les semaines. Une conférence, une journée d'études, une offre ou une demande d'emploi, la sortie d'un nouvel outil... N'hésitez pas, nous pouvons vous aider!

Voici le calendrier 2010 pour la version papier du magazine :

Numéro	Date limite de remise de vos infos	Date de parution
255 avril	15/03	02/04
256 mai	15/04	30/04
257 juin	12/05	28/05
258 juillet-août	15/06	02/07
259 septembre	13/08	03/09
260 octobre	15/09	01/10
261 novembre	15/10	29/10
262 décembre	15/11	03/12
263 janvier 2011	15/12	31/12

Communauté française, tout en offrant un guide à destination du milieu éducatif qui permet un important travail d'exploitation pédagogique des thèmes traités auprès des enfants et adolescents. Les thèmes les plus divers sont abordés (maladie grave, santé mentale, sexualité, consommations, violence, maltraitance, handicap...) sous des formes artistiques variées (rock, pop, électro, rap, slam...). Ce projet ambitieux a été réalisé avec le CLPS de Charleroi-Thuin.



Le document de plus de 200 pages et 2 CD porte le joli nom de 'Des plumes et des voix... pour réchauffer les maux' et est disponible gratuitement dans toutes les médiathèques. Localisation par région sur le site www.lamediatheque.be (infos pratiques).

Nous y reviendrons dans un prochain numéro. Pour tout renseignement : Christel Depierreux, tél.: 02 737 19 29, courriel : christel.depierreux@lamediatheque.be

Internet

Le CLPS de Namur a de nouveaux locaux (pour rappel, bd Cauchy 16/18 à Namur), et un nouveau site internet : www.clpsnamur.be.

Health on the Net

Nous vous avons déjà parlé du label de qualité des sites consacrés à la santé octroyé par la Fondation Health on the net. La Fondation a réalisé une enquête auprès des demandeurs, un mois et un an après la certification. Comme on peut s'en douter, les réponses confirment la pertinence des services d'HON : plus de 90 % des répondants estiment que la certification est un label de qualité, que cela vaut la peine de faire l'effort de la demander (et donc de modifier certaines choses à leur site dans la plupart des cas), et sont prêts à conseiller à d'autres sites 'santé' de faire la même démarche. Sur un plan très pratique, les répondants sont aussi plus de 90 % à considérer la démarche comme simple, et à avoir profité de la demande pour réévaluer leur site. Quant à ce qu'apporte le code HON, le renforcement de la crédibilité vient en tête devant la rigueur dans la

gestion du site et une meilleure présentation de l'info. Rien que du positif, en somme, qui cadre assez bien avec notre propre expérience...

Revues

Ma Santé devient Passion Santé

Le 'mensuel' (neuf fois par an) belge change de titre mais pas d'approche, puisqu'il s'assigne toujours comme objectif 'un contenu fort par le biais d'une approche journalistique pointue, mais surtout de nous rapprocher des préoccupations réelles de nos lecteurs, le tout sous une forme plus tendance'. Ou encore, 'Passion Santé, comme son nom l'indique, prend votre santé à cœur (...) et ne sera pas avare de conseils et de bons tuyaux pour répondre aux véritables besoins des lecteurs'. À en juger par le contenu de ce numéro 1, ces préoccupations sont surtout d'ordre 'beauté', 'bien-être'...

À noter aussi toutefois, une interview de la Ministre de la Santé Laurette Onkelinx à propos de 'son' plan cancer. Pour le reste, on appréciera un prix de vente très démocratique (1,90 €), compensé il est vrai par une bonne vingtaine de pages de publicité (ou d'infos commerciales) sur un contenu de 80 pages. La qualité de l'information a un prix, il n'y a pas de miracle : vous ne trouverez pas ici de quoi concurrencer sérieusement sur ce plan-là 'Équilibre' (7,95 € le numéro) ou 'Test Santé' (13,10 € le numéro)...

www.educationsante.be

Visitez notre site internet ! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1.000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001.

Vous pourrez y trouver un texte en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace...

Vous y trouverez aussi le dernier numéro paru au format PDF (vers le 10 du mois en cours) et un agenda mis à jour toutes les semaines.

Notre site bénéficie depuis 2009 de la certification HON (Health on the Net). Il a reçu plus de 600 visiteurs par jour en moyenne en 2009, et a commencé 2010 en force avec 26.000 visites en janvier !

Des 'seins animés' pour promouvoir le mammothest

Pour sa première conférence de presse en tant que Ministre de la Santé de la Communauté française, **Fadila Laanan** a choisi comme thème la nouvelle campagne de promotion du programme organisé de dépistage du cancer du sein, 'N'attendez pas que vos seins vous le réclament'.

Une communication entièrement renouvelée, donc, ce qui était bien nécessaire vu le faible niveau de couverture de la population des femmes concernées à Bruxelles et en Wallonie par rapport à la Flandre.

L'enjeu est d'importance, car si un nombre important de femmes sont suivies dans le sud du pays, trop peu se sont inscrites dans la démarche 'mammothest', qui offre pourtant la garantie d'une assurance de qualité que ne peut pas toujours assurer la mammographie diagnostique.

Car il ne suffit pas de convaincre un maximum de femmes de 'faire une mammographie', contrairement à ce que trop de médecins francophones pensent. Encore faut-il que cela se passe dans le cadre d'un programme rigoureux, avec un protocole solide offrant les meilleures garanties de déceler les cas nécessitant des mises au point complémentaires tout en évitant le plus possible les faux 'positifs' et les faux 'négatifs'. Et ces garanties, il n'y a que le programme organisé de dépistage pour les offrir.

Dans ce numéro, vous trouverez un rappel du



fonctionnement du programme par sa coordinatrice le **Prof. Anne Vandebroucke**, un article collectif de collaborateurs de **Question Santé** précisant les défis futurs du programme, un autre de la même équipe jetant un regard rétrospectif sur la communication passée, et enfin la relation par le **D^r Pascale Jonckheer** d'une enquête sur la perception du programme par les médecins généralistes.

À propos de la communication, le spot TV de cette année tranche avec le style 'lessiviel' des témoignages de femmes montrés dans la campagne précédente, qui manquaient sans doute de force de conviction. Ici, les publicitaires ont choisi la carte de l'humour et de la dédramatisation, en nous proposant des 'seins animés' fort sympathiques¹.

Une option plus légère donc, qui pourrait toutefois ne pas convenir à toutes les femmes de 50 à 69 ans, comme le rappelait la ministre elle-même en citant sa propre maman. D'où l'importance une fois de plus soulignée, à côté du soutien des médias de masse, d'un travail de proximité vis-à-vis de certains publics, pour tenter de réduire la fracture 'culturelle', l'obstacle financier étant déjà levé par la gratuité du mammothest.

Christian De Bock, rédacteur en chef

¹ Élément positif : le groupe CLT-UFA, auquel appartient la principale chaîne privée émettant en Communauté française, a accepté de diffuser gratuitement le spot sur RTL-TVI et Club-RTL, en vertu d'un protocole de coopération en matière de services de médias audiovisuels conclu le 4 juin 2009 entre le Gouvernement de la Communauté française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg.

Initiatives

Le programme de dépistage du cancer du sein, par <i>Anne Vandebroucke</i>	2
Le mammothest... un défi pour la Communauté française, par <i>Alain Cherbonnier, Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans et Patrick Trefois</i>	3
Communication et mammothest : un coup d'œil dans le rétroviseur, par <i>Alain Cherbonnier, Chantal Hoyois, Bernadette Taeymans et Patrick Trefois</i>	5
Que pensent les généralistes du dépistage du cancer du sein ? par <i>Pascale Jonckheer</i>	7
Les premiers secours en milieu (extra)scolaire, par <i>André Lufin</i>	8
Le 'jeu du foulard' n'est pas un jeu : dans un jeu, on a plusieurs vies, par <i>Florence Noirhomme-Renard</i>	11
La santé est un droit pour tous !, par <i>France Defrenne</i>	15

Matériel

Mon fils, ma fille est homo...	16
Intoxication au CO	17
Joko, la chasse aux dangers de la cave au grenier	17

Outil

50 activités pour apprendre à vivre ensemble	18
--	----

Vu pour vous

Des 'Helpisodes' pour contrer le tabac enVIE d'amour	18
Humanisation des soins aux enfants	19
Votre Serge, avec ou sans fumée ?	20

Brèves

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

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

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

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

Collaboratrice : Anne Trappeniers.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Gilles C Jourdan.

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

Site internet : Jacques Henkinbrant (design),

Maryse Van Audenhaege (animation).

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

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

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 3.100 exemplaires.

Diffusion : 2.900 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

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

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

Internet : www.educationsante.be

Courriel : education.sante@mc.be

Pour découvrir les outils francophones en promotion

de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues

scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles

sur notre site www.educationsante.be (sous réserve

d'acceptation des auteurs).

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

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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