



## **Les Cellules bien-être à l'école**



## Édito Incertitudes

Christian De Bock, rédacteur en chef

Depuis maintenant plus de deux ans, notre secteur vit une (trop) longue période de turbulences.

Cela a commencé par l'annonce en mai 2011 d'une profonde réforme de la législation relative aux compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le domaine de la santé. Cette réforme impliquait aussi la modification du dispositif mis en place par le décret de 1997 organisant la promotion de la santé au sein de notre Communauté. Le calendrier élaboré par la Ministre Laanan prévoyait un aboutissement de ce chantier courant 2012. Un projet de 'code de la santé' a été rédigé, qui déclinait concrètement la nouvelle direction que la Fédération allait emprunter.

Au moment où ce projet était sur le point d'aboutir, voici déjà plus d'un an, arrêt complet du processus. La 6<sup>e</sup> réforme de l'État belge est passée par là. En effet, les accords

de réforme institutionnelle si difficilement négociés concernent pour partie la prévention sanitaire, et il fallait en tenir compte<sup>1</sup>. La Fédération Wallonie-Bruxelles ne pouvait pas se permettre une refonte en profondeur de ses compétences 'santé' qui aurait probablement été dépassée avant même d'être mise en application!

Cela dit, cette situation compliquée charrie son lot d'inconvénients : un programme de promotion de la santé, censé baliser le travail du secteur pendant cinq ans, qui de quinquennal au départ est devenu plus que décennal par la force des choses et à coup de prolongations successives ; des équipes du dispositif permanent (centres locaux et services communautaires de promotion de la santé) dont l'agrément a dû être renouvelé en catastrophe ; des collaborateurs en préavis ou quittant un secteur qu'ils jugent trop instable pour aller

exercer leurs talents ailleurs ; un Conseil supérieur de promotion de la santé tout aussi démobilisé ; des programmes d'action prolongés au coup par coup ; bref une impression de gâchis, de retour en arrière, un sentiment quasi unanime que cela aurait pu, que cela aurait dû se passer autrement. Bien malin en tout cas qui pourrait dire aujourd'hui de quoi demain sera fait pour la prévention francophone belge. Une certitude néanmoins : une partie des compétences communautaires en prévention sera régionalisée. Quels en seront les modes d'organisation, avec quelles structures permanentes, quel modèle de gestion, quelle implication des parties prenantes, en laissant quelle place pour la promotion de la santé à côté des programmes de vaccination et de médecine préventive, avec quels moyens pour les acteurs du socioéducatif et de l'éducation permanente, etc. ?

<sup>1</sup> Voir l'article d'Olivier Gillis, Naïma Regueras et Christian De Bock 'Quel impact de la 6<sup>e</sup> réforme institutionnelle sur la prévention ?' dans le numéro précédent, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1616>.



## Initiatives L'accompagnement du dispositif pilote *Cellule bien-être* : un pas vers plus d'intersectorialité



Chantal Vandoorne, SCPS APES-ULg

**Depuis les années nonante, de nombreuses initiatives de promotion de la santé à l'école se sont développées en Communauté française de Belgique. Nombre d'entre elles tentent d'intégrer des actions sur les contenus d'enseignement, sur les apprentissages informels produits par la fréquentation de l'école pendant et en dehors des cours, sur les modes de vie induits par l'environnement matériel et organisationnel, sur le climat scolaire.**

### Un dispositif innovant et ouvert

Ces initiatives étaient généralement portées par des instances situées hors du champ de l'enseignement, notamment

dans le cadre de projets financés par le secteur de la santé. En mars 2011 par contre, un dispositif pilote appelé *Cellule bien-être* (CBE) est promu simultanément par les

ministères de l'Enseignement, de la Santé, de la Jeunesse et de l'Aide à la jeunesse de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Le dispositif pilote s'étalait sur deux

années scolaires (2011-2012 et 2012-2013) et concerne 80 établissements volontaires de tous niveaux, tous réseaux d'enseignement et tous types (maternel et primaire, secondaire général et qualifiant, ordinaire et spécialisé). La liberté est laissée à chaque école de développer son projet en fonction de ses propres priorités et de son contexte, de ses ressources et contraintes. Les 80 écoles participantes sont réparties en deux groupes : 56 écoles A ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique du dispositif sur deux ans, 24 écoles B n'ont pas souhaité bénéficier d'un accompagnement organisé par le dispositif, mais ont été invitées à participer aux rencontres collectives entre établissements et sont parties prenantes de l'évaluation.

Si ce dispositif s'inscrit dans la continuité philosophique et théorique des approches intégrées couramment employées en promotion de la santé à l'école, l'association des trois cabinets ministériels dans la mise en place du dispositif et l'organisation multi-niveau de celui-ci sont inédites. Est innovante aussi la volonté de laisser ce dispositif très ouvert afin de faire émerger, sans idée préconçue, des points de repères et des procédures dont les acteurs institutionnels pourront s'inspirer pour favoriser une dissémination progressive des *Cellules bien-être*.

## Une évaluation pour faire émerger des repères pour le futur

Dans le numéro 283 d'Éducation Santé, **Noémie Hubin** et **Gaëtan Absil** (SCPS APES-ULg) ont présenté la démarche et les méthodes d'évaluation utilisées pour faire surgir et construire ces points de repères collectivement, de façon inductive et itérative. Un premier rapport d'évaluation intermédiaire 'EvalCBE.1' est consacré à la présentation et aux premières analyses de la mise en œuvre du dispositif au niveau local. Il donne une image des initiatives développées par les établissements scolaires au cours de la première année

et une première analyse des processus à l'œuvre au niveau local.

Il propose une série d'hypothèses à approfondir au cours de la deuxième année, dans les lieux de réflexions collectifs prévus par le dispositif. On relève ainsi des questionnements dans les domaines suivants :

- comment institutionnaliser une telle cellule au sein des établissements, quels sont les modes d'organisation adoptés, les acteurs impliqués, les liens noués avec d'autres structures de concertation au sein de l'école ou en dehors de celle-ci, les éléments qui facilitent ou limitent la mise en place et la continuité d'une cellule ? Dans quelle mesure la préoccupation pour le bien-être prend-elle place dans une vision partagée et élargie des missions éducatives de l'école ?
- quelles stratégies sont développées pour faciliter l'intégration et la cohérence des initiatives autour du bien-être de la communauté scolaire (élèves et adultes) ? En effet, la culture d'établissement est à la fois le fondement et la conséquence de cette recherche de cohérence, les thématiques diverses liées au bien-être se complètent et s'enchevêtrent, elles nécessitent d'utiliser des ressources externes très diversifiées, elles mobilisent des approches collectives et individuelles.
- comment s'organisent et s'échelonnent les collaborations sur lesquelles s'appuyer pour développer une cellule bien-être ou des projets autour du bien-être ? Comment s'appuyer sur des ressources externes tout en laissant la main aux établissements scolaires ? Comment distinguer et faire exister dans la cohérence divers types de collaborations externes : le CPMS et le SPSE, des services qui accompagnent sur le long cours pour soutenir l'institutionnalisation d'une CBE ; des organismes qui soutiennent un projet thématique depuis sa construction jusqu'à son évaluation ; des acteurs qui apportent de façon ponctuelle (mais parfois récurrente) le soutien de leur expertise auprès des élèves ou des adultes de l'école ; des acteurs ou services de la communauté locale, etc.

## Un dispositif multi niveaux favorisant l'intersectorialité<sup>2</sup>

Concrètement le déploiement du dispositif est soutenu par l'accompagnement méthodologique des écoles, par une mobilisation des partenaires locaux, dont les SPSE et CPMS, ainsi que par des réflexions collectives à l'échelle territoriale et à l'échelon global. L'accompagnement individualisé des CBE a été préféré à une formation systématique de leurs membres et vise, entre autres, à aider les CBE à identifier les ressources internes et les services 'extérieurs' auxquels faire appel, à construire les solutions pour faire face aux difficultés rencontrées dans la mise au point d'une dynamique autour du bien-être. Cet accompagnement est assuré par une quinzaine de personnes appartenant à six services issus de différents secteurs : l'éducation permanente, la jeunesse, l'aide à la jeunesse, le développement durable et la promotion de la santé : CEMEA, FPS Hainaut, Empreintes, Université de paix, Synergie, et Repères. Chacun des services accompagne 9 ou 10 écoles. Sur les deux années, les CBE se sont réunies 8 fois en moyenne avec leur accompagnateur, sans compter les contacts téléphoniques ou par mail.

L'accompagnement méthodologique est complété par des 'journées territoriales' organisées deux fois par an pour favoriser les échanges entre les établissements plus proches géographiquement. (Hainaut 1, Hainaut et Brabant wallon, Namur et Luxembourg, Liège, Bruxelles). Quatre journées ont été organisées dans chacun des cinq territoires : en janvier 2012, mai 2012, novembre 2012 et mars 2013. Chacune de ces quatre séries de journées a rassemblé une centaine de participants issus des *Cellules bien-être*. Septante pourcent des établissements ont ainsi participé à 3 ou 4 journées, trois établissements seulement n'ont participé à aucune des journées. À l'échelle plus globale de la Fédération Wallonie-Bruxelles, des rencontres entre les différents services d'accompagnement sont régulièrement organisées : elles ont pour but de préparer les journées

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse suivante (<http://www.enseignement.be/index.php?page=26753&navi=3375>). On y trouve aussi la liste des établissements participants, la composition du comité opérationnel et de l'assemblée stratégique, et enfin des récits de leur expérience par les *Cellules bien-être*.

<sup>2</sup> Si l'intersectorialité est le but à atteindre, supposant des objectifs communs, des cadres de référence co-construits, très souvent les réalisations en sont encore aux prémices, cherchant comment mieux comprendre et faire coexister les cadres de référence des uns et des autres et s'enrichir réciproquement. Nous utiliserons donc aussi, dans ce texte, le terme 'pluri-sectoriel'.

territoriales, mais aussi d'organiser la collecte d'informations sur les initiatives mises en place dans les écoles et enfin de construire collectivement des analyses des processus de développement des CBE. Quatre assemblées stratégiques ont été organisées rassemblant des acteurs institutionnels de différents secteurs d'activité concernés par le bien-être à l'école, notamment échanger sur ce qui, dans le premier rapport d'évaluation, fait écho aux repères et pratiques de leur secteur d'activité.

Enfin, le dispositif est géré par un Comité opérationnel où siègent des représentants des ministères impliqués et des administrations correspondantes ainsi que l'APES-ULg, chargée de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif au niveau global. Ainsi, aussi bien au niveau de sa mise en œuvre que de son évaluation, le dispositif est pensé comme une organisation favorisant les apprentissages de tous les acteurs impliqués en contact les uns avec les autres.

La volonté interministérielle d'ouverture s'est aussi manifestée en associant à tous les niveaux des acteurs de diverses appartenances sectorielles. L'opportunité est ainsi offerte d'un réel travail plurisectoriel, tout en affirmant la place centrale des acteurs scolaires dans la promotion de la santé et du bien-être à l'école. Cette volonté de favoriser la plurisectorialité s'impose au vu de la variété des thématiques et des intervenants associés à la notion de bien-être en milieu scolaire.

Les processus d'appui aux établissements tout comme les autres repères issus de ces deux ans d'expérience seront présentés dans le rapport 'EvalCBE.2' qui sera diffusé fin octobre 2013<sup>3</sup> auprès des acteurs du dispositif à tous les étages, puis commenté et approfondi par ceux-ci lors d'une 'journée d'envol' le 4 novembre.

On y abordera notamment les atouts et contraintes du travail plurisectoriel qui constitue un défi d'autant plus difficile à relever que l'on se rapproche du niveau

global du dispositif. Bien que complexe, ce travail est précieux car il est source d'une diversification des regards sur les conditions internes et externes de la promotion du bien-être pour les enfants et les jeunes, mais aussi pour leurs éducateurs et enseignants. C'est pour ouvrir cette perspective que nous avons proposé aux services d'accompagnement de partager avec les lecteurs d'Éducation Santé un morceau de leur expérience de collaboration avec les écoles participantes. Quatre services issus d'autres secteurs que la Santé et l'Enseignement ont répondu à cet appel et ont accepté de braquer le projecteur sur une des facettes qui les a particulièrement interpellés dans l'accompagnement des *Cellules bien-être*. Nous les en remercions.

Contact : Isabelle Polain, chargée de mission 'Cellule bien-être', DGEO, rue Adolphe Lavallée 1, 1080 Bruxelles.  
Courriel : [isabelle.polain@cfwb.be](mailto:isabelle.polain@cfwb.be).

**3** Cet article a été rédigé le 3 octobre (ndlr)



## Considérer la personne dans sa globalité, l'éducation dans sa continuité



CEMEA

**Les CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active – Mouvement d'Éducation Nouvelle) proposent des actions de formation ou d'accompagnement fondées sur l'expérimentation personnelle et l'appropriation active des connaissances pour favoriser l'émancipation. C'est dans cette perspective que nous avons opéré des accompagnements de projets *Cellule bien-être*.**

Au départ, les établissements scolaires avaient des compréhensions et des niveaux d'appropriation du projet de natures très différentes : des attentes plus ou moins précises, des structures s'apparentant relativement aux objectifs possibles d'une *Cellule bien-être*... Nous avons choisi de travailler au départ de l'existant, des compétences propres à chaque équipe dans sa dimension collective, tout en considérant les forces en présence et en

recherchant celles qui manquaient parfois. Les moyens développés visaient à révéler, dans le souci d'une appropriation collective, l'existant et ainsi à participer à la connaissance et la reconnaissance des acteurs de terrain, de même qu'à mettre en œuvre des démarches participatives. Dans certains cas, nous avons mis en lien des personnes qui ne se connaissaient parfois que très peu et qui avaient une connaissance parcellaire des missions et

fonctions des autres. Dans d'autres cas, nous avons d'abord dû interroger les obstacles dans la mobilisation avant d'aller plus loin. Nous avons observé et tenté de dégager ce qui compose des lignes de force pour un mieux-être dans les établissements au départ d'une démarche réflexive, alliant pratique professionnelle et prise de recul. Il a souvent été question de temps pour 'faire collectif' et permettre un engagement durable.

Par ailleurs, nous avons constaté que l'École a ses contraintes organisationnelles et institutionnelles conjuguées aux divers décrets qui, par leur caractère 'désincarné', fragilisent les enseignants dans leur rôle, les directions dans leur légitimité d'action, de même que les élèves dans leur vécu scolaire. La 'forme scolaire' (répartition par âge, tests normés sur les savoirs pour passer d'une année à l'autre...) nous semble avoir pour effet de rigidifier le rythme que l'enfant se voit contraint d'adopter dans ses

apprentissages sous peine de redoublement. Nous avons aussi souvent constaté que les rôles des protagonistes de l'école sont de plus en plus flous...

Ces quelques éléments questionnent les conditions nécessaires pour que l'école puisse être un lieu de vie et d'expérimentation.

Ils plaident aussi pour assurer cohérence et continuité en rassemblant les acteurs et actrices de l'école pour en faire une équipe...

La question du bien-être dans les écoles serait finalement plutôt la conséquence

d'un fonctionnement serein (donc ses effets) plutôt qu'un objectif; l'école est tiraillée entre reproduction sociale et volonté d'émancipation. Le bien-être doit en résulter. Ni être une condition, ni un objectif. Mais plutôt une réalité.

CEMEA, avenue de la porte de Hal 39/3,  
1060 Bruxelles. Tél. : 02 543 05 90.

Fax : 02 543 05 99.

Courriel : [education-permanente@cemea.be](mailto:education-permanente@cemea.be).

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



## La participation des élèves comme levier du bien-être ?



Empreintes asbl

**En tant que Service de Jeunesse spécialisé dans l'éducation relative à l'environnement, Empreintes reconnaît les Jeunes comme des experts de leur cadre de vie. Pour qu'ils deviennent des citoyens responsables, actifs, critiques et solidaires, Empreintes souhaite renforcer leurs capacités à prendre par eux-mêmes les meilleures décisions pour eux-mêmes et leur environnement.**

Dans le cadre du dispositif-pilote *Cellules bien-être*, Empreintes a donc proposé aux acteurs scolaires qu'elle accompagnait de s'interroger sur la participation des élèves aux réflexions et aux actions stimulant le bien-être au sein de l'établissement scolaire.

Les réussites des écoles dans leur projet ont été engrangées en surmontant quelques obstacles que nous voudrions ici mettre en exergue. Une première difficulté rencontrée par les acteurs scolaires est qu'à l'entame du projet, les 'structures participatives' et les 'Conseils d'élèves' prescrits par le décret 'renforcement de l'éducation à la citoyenneté' (2007) ne préexistaient que rarement dans les écoles et étaient donc encore à inventer. Il s'est ensuite avéré que la mise en place effective et le développement de ces *Conseils* nécessitaient de dépasser des freins de différentes natures : des freins organisationnels par exemple, quand des *Conseils d'élèves* se tiennent durant la pause de midi, ce qui occasionne un manque de

temps pour mener la séance jusqu'à son terme et la nécessité que les enseignants prennent sur leur temps de pause; des freins cognitifs aussi, car les enseignants se sentent parfois peu compétents pour gérer ces *Conseils* et faire face aux situations délicates qui se présentent inmanquablement; des freins culturels et identitaires enfin, quand certains enseignants donnent peu de suites au *Conseil* ou s'y opposent, notamment parce qu'ils ressentent cette structure comme une remise en cause de leur autorité. Convaincus que la participation active des élèves constitue un levier important (voire indispensable) pour améliorer leur bien-être et les éduquer à une citoyenneté critique et responsable, Empreintes s'interroge sur les politiques qui pourraient la favoriser à l'avenir.

Pourquoi ne pas mettre l'accent sur les structures participatives (*Conseils d'élèves*, etc.) et la pédagogie institutionnelle en formation initiale et continue des enseignants et des directeurs ?

Comment favoriser les partenariats entre les écoles et les organisations qui peuvent les outiller en matière de participation des élèves (par exemple *Jeune & Citoyen*, *Comité des Élèves Francophones*, *CRECCIDE*, etc.) ou de mise en œuvre d'une pédagogie institutionnelle (*Changements pour l'Égalité*, *Mouvement des Institutions et des Écoles Citoyennes*, etc.) ?

Ne faudrait-il pas préciser (par une circulaire ou une modification du décret 'renforcement de l'éducation à la citoyenneté') le cadre organisationnel des *Conseils d'élèves* : octroyer du temps aux acteurs scolaires pour les organiser et les animer, les inscrire dans la grille horaire des élèves ?

Empreintes asbl, Mundo N,  
rue Nanon 98, 5000 Namur.

Tél. : 081 390 660. Fax : 081 390 661.

Courriel : [info@empreintesasbl.be](mailto:info@empreintesasbl.be).

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



## Construire un espace de confiance à l'école

synergie

Synergie

**Synergie est un service d'intervention et de recherche qui soutient la formation continuée des travailleurs du social. La lecture et les questionnements que nous avons du dispositif CBE sont fortement marqués par ce que nous sommes, par ce qui fonde la pratique dans notre institution. Nous en exposons ici quelques points saillants.**

Tout d'abord, au niveau institutionnel, Synergie est un des 5 services de formation agréés dans le cadre du décret de 1991 relatif à l'Aide à la Jeunesse. Contrairement au secteur scolaire, la réflexion en équipe fait partie intégrante de la pratique professionnelle des travailleurs de ce secteur et la supervision en est une modalité de formation usuelle. Ensuite, nous avons une position propre par rapport au savoir et à la question de l'expertise : l'intervenant n'est pas sans 'savoir' mais son travail permanent est de pouvoir faire usage de son savoir sans que celui-ci soit, par lui ou les participants, transformé en outil de pouvoir ou d'injonction. Enfin, notre méthodologie d'intervention permet qu'à chaque fois qu'il y a une supervision ou un accompagnement, ce n'est pas un individu qui est aux prises directement avec une équipe ou une école mais bien un accompagnateur ou un intervenant qui lui-même se réfère à une institution, à un tiers. Ces positions sont soutenues par le travail collectif et le

partage entre collègues des expériences et pratiques de terrain diversifiées. Rencontrer des acteurs différents de ceux que l'on côtoie habituellement mais néanmoins aux prises avec le même public 'jeune' a enrichi notre regard sur une réalité de terrain à laquelle nous sommes particulièrement attentifs et cela n'a pas manqué d'accroître notre sensibilité aux préoccupations du secteur scolaire. Le travail dans lequel nous nous sommes engagés pendant deux années nous a ouvert également à une réflexion sur la signification de la notion d' 'équipe' qui ne prend tout son sens que si elle s'accompagne d'une possibilité de mise au travail collective dans un espace de confiance où la réflexivité est possible. Est-ce réellement le cas dans les écoles ? Avec le recul, nous pensons qu'un des enjeux du projet aura été de tenter de construire cet espace. Enfin, le projet CBE nous a mis en contact régulier avec d'autres services d'accompagnement, ce qui fut pour nous

l'occasion d'une confrontation à différentes déclinaisons de cette pratique et a abouti à un questionnement de nos repères habituels. Cette diversité nous a amenés à réfléchir quant à notre spécificité et à l'explicitier tant pour nous-mêmes que pour les autres. Nous avons ainsi été amenés à préciser davantage ce que recouvre pour nous la pratique de l'accompagnement. Pour conclure, nous avons tenté, pendant ces deux années, de créer les conditions suffisantes afin que chaque école puisse entamer ou poursuivre un travail d'équipe de manière à s'appropriier le projet et définir ses propres objectifs, dans une double perspective d'autonomisation et de pérennisation.

*Synergie,  
avenue de Cortenbergh 83, 1000 Bruxelles.  
Tél. : 02 534 36 16. Fax : 02 534 78 29.  
Courriel : [synergie.asbl@skynet.be](mailto:synergie.asbl@skynet.be).  
Internet : [www.synergieasbl.net](http://www.synergieasbl.net).*



## Le bon usage de la gestion des conflits



Université de Paix

**L'Université de Paix est une asbl, fondée en 1960 par Dominique Pire, reconnue comme organisation de jeunesse (catégorie service) par la Fédération Wallonie-Bruxelles.**

Depuis plus de 25 ans, le travail de notre association est axé sur la **gestion positive**

**des conflits**. Son objectif est la **promotion de la paix par le dialogue**. Centre de réflexion et

de formation, l'Université de Paix contribue à faire connaître des moyens possibles

pour prévenir la violence et y faire face, à l'école, dans la famille, dans le quartier, les institutions, le milieu du travail... Pour gérer efficacement les conflits, l'Université de Paix propose des formations ponctuelles (assertivité, écoute, médiation, etc.), des interventions et formations personnalisées (la formation d'enfants médiateurs...), des animations, des conférences, des journées pédagogiques, des formations longues, du matériel pédagogique.



Photo © Université de Paix

## Quel regard l'Université de Paix porte-t-elle sur l'expérience des CBE ?

Ce projet met en avant l'importance que revêt aux yeux des acteurs concernés (enseignants, élèves, direction, etc.) le besoin de **projets clairs, partagés et réalistes**. Nous avons constaté que la réalisation de petites actions rapidement visibles mobilise tous les acteurs scolaires. Notons également que la présence de la direction nous a semblé essentielle afin de soutenir les membres de l'équipe éducative. Pour davantage d'efficacité, il nous semble primordial de ne pas faire l'économie de l'**analyse des besoins du terrain et de la demande** de la direction afin de faire émerger le projet. Soulignons également l'importance de **clarifier les mandats** des différents acteurs

pour l'essor d'un projet dynamique et viable. Aussi, un projet a d'autant plus de chance d'aboutir quand les motivations des acteurs sont prises en compte afin qu'ils soient autonomes et responsabilisés. Planter un projet peut générer des tensions. L'utilisation de nos outils de **gestion de conflits** s'est révélée être un plus pour le mener à bien. Car pour nous les conflits sont des opportunités, moteurs de changements et d'évolution de par la confrontation des idées et la manière de résoudre les différends. Nous démarrons généralement un projet avec des activités de cohésion de groupe. Nous utilisons une méthode active, participative et émancipatrice tout en respectant les personnes, les faits, les ressources et les limites de chacune d'entre elles.

Après ces quelques mois passés à côtoyer différents acteurs de l'école, quelques questions émergent sur leur **réelle participation au sein de l'établissement** : comment leur accorder une véritable place de la conception à la réalisation d'un projet mené à et/ou par l'école ? Quels moyens mettre en œuvre pour les inciter à y participer ? En quoi cette action peut-elle alimenter le projet pédagogique de l'école ? Cette expérience nous a permis de **découvrir et de mieux appréhender les 'coulisses' des écoles**, ce qui nous amènera à améliorer nos prochaines actions.

Université de Paix asbl, Bd du Nord 4,  
5000 Namur. Tél. : 081 55 41 45.  
Courriel : [info@universitedepaix.be](mailto:info@universitedepaix.be).  
Internet : [www.universitedepaix.org](http://www.universitedepaix.org).

# ICAPROS, prévenir les maladies cardiovasculaires en zone transfrontalière

Carole Feulien avec pour l'équipe ICAPROS Marie-Madeleine Leurquin, Paul Majérus et Sandrine Walhin

**Les maladies cardiovasculaires sont, avec les cancers, l'une des principales causes de décès en France et en Belgique. Infarctus, AVC, autres maladies de l'appareil circulatoire... les patients sont malheureusement nombreux à être hospitalisés ou à décéder prématurément des suites d'une maladie cardiovasculaire. En zone ICAPROS, zone transfrontalière franco-belge regroupant des communes des Provinces de Namur et Luxembourg en Belgique et le département des Ardennes en France<sup>1</sup>, les chiffres sont encore plus alarmants, d'après une étude menée par Paul Majérus, démographe et chargé de projets au Centre d'Éducation du Patient<sup>2</sup> à Godinne.**

<sup>1</sup> Arrondissements de Charleville-Mézières, Rethel, Sedan et Vouziers pour les Ardennes françaises ; arrondissements de Dinant et Philippeville (Province de Namur) et Neufchâteau et Virton (Province de Luxembourg), en Belgique.

<sup>2</sup> Le Centre d'Éducation du Patient a pour but de promouvoir l'information et l'éducation des patients, en milieu hospitalier et extrahospitalier, de procurer un soutien méthodologique et technique à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes d'information et d'éducation des patients. Et il est chargé de sensibiliser la communauté hospitalière et extrahospitalière, médicale et médico-sociale à l'intérêt et à la nécessité d'assurer une information adéquate et une éducation appropriée des patients. Pour plus d'informations : CEP asbl, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél. : 082 61 46 11, Courriel : [cep\\_godinne@skynet.be](mailto:cep_godinne@skynet.be).

En effet, l'espérance de vie à la naissance est plus faible dans ce territoire transfrontalier qu'en Belgique et en France<sup>3</sup>, pays sur lesquels s'étend le projet. Les maladies cardiovasculaires y sont l'une des principales causes de décès : 28 % des décès totaux chez les hommes et 31 % des décès chez les femmes, ce qui en fait la principale cause de décès pour la population féminine. La maladie cardiovasculaire, fatale ou non, y est aussi plus précoce : hommes et femmes décèdent plus jeunes pour cause d'infarctus en zone ICAPROS qu'en France ou en Belgique. La différence pour les hommes est de 1,74 ans entre la zone ICAPROS et les deux pays (France et Belgique). Chez les femmes, cette différence est de 2 ans avec la France mais notons que les femmes meurent au même âge en zone ICAPROS qu'en Belgique. Des données qui obligent à l'action. C'est pourquoi le projet ICAPROS, mené sur une période de 5 ans (2009-2014), dans le cadre du programme européen Interreg IV France-Wallonie-Vlaanderen<sup>4</sup>,

## Les partenaires du projet

Différents opérateurs belges et français se sont unis pour mener ce projet : la Caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes, l'hôpital de Sedan et l'hôpital de Charleville-Mézières du côté français ; le CHU Mont-Godinne - Dinant, le Centre d'Éducation du Patient de Godinne et la Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg, pour la Belgique. Se sont associés à eux : le Département Prévention Santé de la Province de Luxembourg, la Mutualité chrétienne de la Province de Namur, l'Observatoire franco-belge de la Santé, la CPAM de la Marne, le Centre marnais de promotion de la santé, l'Agence régionale de santé Champagne-Ardenne et l'Observatoire transfrontalier de la santé Wallonie-Lorraine-Luxembourg G.E.I.E.

a pour but 'd'éclairer' cet état de santé des populations préoccupant et 'd'agir pour une meilleure santé cardiovasculaire des populations en ce territoire' par des actions de prévention et d'éducation.

## Éclairer un état de santé problématique des populations...

*Le tableau de bord de la santé cardiovasculaire en zone ICAPROS* apporte divers éclairages du problème pour une meilleure compréhension de son importance, de l'évolution durant ces vingt dernières années de la santé cardiovasculaire en cette zone transfrontalière, des publics les plus vulnérables, des moyens à mettre en œuvre, etc. Il représente une aide à la décision pour les professionnels de la santé et du social ainsi que pour les décideurs. On peut le consulter et le télécharger sur le site <http://www.preventionsante.eu/>.

## ... et 'agir pour une meilleure santé cardiovasculaire des populations'

Sont cités parmi les objectifs<sup>5</sup> du projet ICAPROS : « (...) de mutualiser les bonnes pratiques professionnelles et de créer une dynamique collective des acteurs de la zone frontalière, de former des relais dans le secteur socio-éducatif de la zone frontalière porteurs d'une dynamique de prévention auprès des adolescents et enfin de permettre au plus grand nombre de personnes présentant des facteurs de risques ou ayant développé une pathologie cardiovasculaire d'accéder à un programme coordonné d'éducation du patient. »

## Mutualiser les moyens et créer des dynamiques entre les acteurs transfrontaliers

En donnant plus de visibilité aux réalisations concrètes par le biais d'un **répertoire des organismes actifs et des actions menées** en promotion pour la santé cardiovasculaire, prévention et éducation du patient, consultable lui aussi sur le site <http://www.preventionsante.eu/>,

les partenaires du projet souhaitent motiver les acteurs du terrain à mettre en place des initiatives structurées d'éducation pour la santé accordant une place prépondérante à la personne en tant qu'acteur de sa santé.

## Prévenir les maladies cardiovasculaires dans les écoles et en entreprises

Notre mode de vie actuel, plutôt sédentaire et stressant, génère des comportements de compensation tels qu'une alimentation excessive ou déséquilibrée, la consommation de tabac ou d'alcool. Ces comportements constituent comme chacun sait, des facteurs de risques majeurs des maladies cardiovasculaires. Chacun passant à peu près un tiers de sa vie au travail, l'entreprise semblait donc un lieu idéal pour développer des actions de prévention santé à destination des adultes. Les jeunes sont quant à eux sans cesse à la découverte de nouvelles expériences et en recherche de repères pour construire leur identité, c'est pourquoi l'adolescence s'avère être un moment propice pour les sensibiliser à des comportements de santé sains.

**En entreprise**, cette sensibilisation se fait dans le cadre d'animations. Elles représentent une occasion pour aborder, de manière souriante et ludique, la santé cardiovasculaire et les facteurs de risque. Elles sont surtout une invitation donnée à chaque travailleur de se pencher sur ses habitudes au quotidien et peut-être de remettre en question quelques-uns de ses comportements.

Les caractéristiques de chaque animation sont étudiées avec les responsables des entreprises auxquels s'associent souvent des représentants de la médecine du travail. Ce programme 'à la carte' permet de s'adapter au mieux au fonctionnement de l'entreprise et de répondre le plus adéquatement possible aux demandes des employeurs. Ainsi, ces sensibilisations peuvent prendre place dans le cadre d'une journée découverte entreprise, d'une journée sécurité, d'un temps d'information particulier pendant ou en dehors des heures de travail, etc.

<sup>3</sup> Respectivement 77,2 en Belgique et 78 ans en France, contre seulement 75,6 ans au maximum, en zone ICAPROS (période 2005-2009) pour la population totale.

<sup>4</sup> Programme européen de coopération transfrontalière visant à renforcer les échanges économiques et sociaux entre les régions Nord-Pas de Calais/Champagne-Ardenne/Picardie en France et Wallonie/Flandre en Belgique. Pour plus d'infos : [www.interreg-fwvl.eu](http://www.interreg-fwvl.eu).

<sup>5</sup> Extrait du site Internet d'ICAPROS, consulté le 17 juillet 2013, [www.preventionsante.eu](http://www.preventionsante.eu)



Les animateurs utilisent des supports de base et adaptent les contenus en fonction des caractéristiques de leur public, des réactions ou de demandes particulières. Ainsi, certaines thématiques comme le tabagisme ou l'alimentation peuvent être développées si on sait qu'elles posent problème.

Les animations sont gratuites et habituellement suivies d'un dépistage, au sein même de la structure.

Après les premières expériences, plusieurs outils d'animation ont été 'adaptés' pour des publics particuliers comme des personnes ne sachant pas lire le français ou travaillant en entreprises de travail adapté.

**À l'école** cette action vise une approche dynamique de la promotion santé



commune à un bassin de vie séparé par une frontière mais présentant des caractéristiques similaires. De manière générale, les outils développés se basent sur une approche positive de la santé en valorisant l'estime de soi et les connaissances, en favorisant l'esprit critique et l'acquisition d'habitudes 'saines' chez les jeunes adolescents.

Ces sujets de prévention des risques cardiovasculaires, auparavant abordés de manière autonome des deux côtés de la frontière franco-belge, sont traités actuellement de façon homogène avec la collaboration des spécialistes de terrain des deux versants. Ce travail aboutira à une approche transfrontalière enrichie des expériences nationales.

Concrètement, le projet prévoit de sensibiliser les adolescents français et belges aux facteurs de risques cardiovasculaires et à l'adoption de comportements responsables en matière de santé pour prévenir ces facteurs de risques. Six animations sont au programme, chacune abordant par une porte d'entrée différente trois des facteurs de risque modifiables par le jeune : alimentation

## ICAPROS et les animations en entreprise

### Une journée pour aborder le stress

Septembre 2013. Les partenaires belges et français du projet ICAPROS se trouvent pour la deuxième fois aux **Ateliers du Saupont**, entreprise de travail adapté (ETA) spécialisée dans l'emballage, la logistique et le bois, à Bertrix. Nous y sommes dans le cadre des animations en entreprises. L'objectif de la journée est d'aborder avec les 160 membres du personnel ce facteur aggravant des maladies cardiovasculaires, le stress. Les compétences des partenaires en soins, en communication, en graphisme... ont été rassemblées pour mettre en place cette approche du stress et de ses facteurs de risque à la fois décontractée et porteuse de conseils de santé.

'Information générale', 'relaxation', 'Qi Gong', 'découverte des huiles essentielles', 'formes et couleurs', autant de portes d'entrée pour approcher celui qui peut être notre allié mais qui est souvent pointé comme notre ennemi. Les animations représentent une opportunité pour, en petits groupes, parler des différentes sources de stress, pour communiquer autour de ce que chacun a pu mettre en place pour gérer les moments difficiles, pour découvrir une technique

permettant de se recentrer ou de prendre distance...

Le sujet du stress interpelle. Chacun en est un spécialiste, à sa manière. Les commentaires sont nombreux lorsque l'on aborde ses sources : le bruit, le changement, les finances, les enfants, le conjoint, le travail et le quotidien... L'argent ou plutôt le manque d'argent revient souvent. Au-delà de l'anecdote, certains témoignages révèlent de réelles souffrances. Et la gestion du stress dans tout cela ? « Je marche » ; « Je vais en forêt » ; « Je mange » ; « Je regarde la télévision » ; « Je prends des médicaments »... Quelques participants font du yoga, du sport ou du Taiji. À chacun son truc et les solutions partagées peuvent apporter de nouvelles idées. Cette deuxième journée passée avec les membres du personnel des Ateliers du Saupont est aussi l'occasion de faire un bref bilan des informations retenues suite à notre premier passage, l'an dernier. Aux quelques questions, les réponses s'enchaînent. Il ne faut pas en douter les facteurs de risque et les conseils de prévention sont connus. Mais les conseils sont-ils suivis ?

*Toute entreprise de la zone du projet*

*peut accueillir l'équipe ICAPROS pour des animations ciblées sur la prévention des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ou une thématique plus précise.*

*En 2013 et 2014, l'influence du stress sur notre santé cardiovasculaire sera particulièrement traitée ainsi que l'importance des délais d'attente face aux premiers signes d'un événement cardiovasculaire.*

### Renseignements

*Pour la Belgique*

**Sandrine Walhin**, chargée du projet Interreg, Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg, Belgique 0032 496 59 07 76.  
Courriel : sandrine.walhin@mc.be  
**Marie-Madeleine Leurquin**, chargée de projets, Centre d'Éducation du Patient asbl, Godinne, Belgique 0032 496 13 44 57.  
Courriel : mariemadeleine.leurquin@educationdupatient.be

*Pour la France*

**Cindy Boinel**, chargée de projet Interreg, Centre d'Examens de Santé CPAM des Ardennes, 0033 (0) 310 43 90 54.  
Courriel : cindy.boinel-ext@cpam-charleville.cnamts.fr

équilibrée, consommation de tabac, pratique d'une activité physique.

Pour compléter leur information, une animation sur l'influence des médias et une autre concernant la gestion du stress sont programmées. En effet, l'influence de ces deux paramètres sur les comportements des jeunes est prépondérante. À l'issue de chaque animation, les jeunes reçoivent une brochure sur la thématique abordée. L'axe central de la démarche d'animation repose sur la formation de personnes relais dans la sphère scolaire des deux versants frontaliers (infirmières chargées de la promotion de la santé, infirmières de l'Éducation nationale, enseignants, professeurs, éducateurs...). Cette formation à l'utilisation des outils précités, à la

maîtrise des connaissances théoriques et surtout à la méthodologie permettra une utilisation optimale des outils.

Au cours des contacts répétés entre animateurs et adolescents, lors des animations, une orientation vers un service spécialisé dans une des problématiques concernées par l'action sera proposée aux jeunes si le besoin émerge.

Un site Internet interactif accessible aux personnes relais formées dans le cadre du projet sera développé. Ce site proposera des supports didactiques, des conseils, des adresses utiles et diverses informations en matière d'animations et ceci conjointement pour les deux versants français et belge.

La valorisation du projet se fera via les médias et canaux d'information scolaires.

## Accompagner par l'éducation les personnes présentant des facteurs de risque

Les dépistages en entreprise ont mis en évidence un nombre important de personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque : tension artérielle trop élevée, problème de glycémie, embonpoint ou obésité...

Dans les premiers temps, nous ne pouvons qu'inviter ces personnes à prendre contact avec leur médecin généraliste en leur donnant un récapitulatif des données de santé observées. Cette 'faiblesse' dans le suivi a motivé les opérateurs à s'investir dans la sensibilisation de professionnels. Le projet prévoit, aujourd'hui, une large information des professionnels de la santé

## Cycle de conférences *Les maladies cardiovasculaires, causes d'un décès sur trois !*

■ Au CHU de Mont-Godinne le 29 novembre 2013, pour les professionnels de la santé et du social : quelle place pour l'éducation et la prise en charge des maladies cardiovasculaires ? Modérateur :

**Henri Lewalle**, coordinateur de projets transfrontaliers OFBS-Luxorsan, Belgique.

■ Au CHU de Mont-Godinne le 30 novembre 2013, pour les médecins : L'importance du délai de réaction dans la prise en charge cardiaque et cérébrovasculaire.

Modérateur : **Prof. Victor Legrand**, cardiologue, CHU de Liège, Belgique et **D<sup>r</sup> Daniel Simon**, généraliste, président de l'UOAD, Belgique.

Ces deux événements auront aussi lieu à Libramont les 21 février (professionnels de la santé et du social) et 22 février 2014 (médecins).

Ce cycle de conférences est destiné aux médecins ainsi qu'aux professionnels de la santé et du social dans le cadre du projet transfrontalier ICAPROS en vue de :

- faire le point sur l'importance du problème des maladies cardiovasculaires en Belgique, en France et en zone ICAPROS;
- mettre en évidence l'importance des délais de réaction face aux premiers signes d'un événement cardiaque ou cérébrovasculaire;

■ montrer comment agir par la prévention et l'éducation sur les facteurs de risque ou sur les facteurs aggravants comme le tabagisme, l'alimentation, la sédentarité, le stress...

■ informer sur les différentes dimensions du projet ICAPROS : les données démographiques, socioéconomiques mais aussi de morbidité et mortalité de l'appareil circulatoire; les actions déployées; les outils réalisés et disponibles...

■ montrer comment se fait la prise en charge éducative cardiaque en France dans le cadre d'un centre d'examen de santé et d'une Unité transversale d'éducation pour la santé par une équipe pluridisciplinaire;

■ montrer comment chaque professionnel peut contribuer à la santé cardiovasculaire des populations par l'éducation;

■ ...

Avec des intervenants belges et français : **Corinne Cardoso**, cadre de santé, Unité transversale d'éducation du patient, Centre hospitalier de Charleville-Mézières, France

**Prof. Laurence Galanti**, tabacologue, Unité de tabacologie, CHU UCL Mont-Godinne – Dinant, Belgique

**D<sup>r</sup> Gérard Hourier**, médecin responsable Centre d'examen de santé, CPAM des Ardennes, Charleville-Mézières, France

**Prof. Pascal Janne**, psychologue à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université Catholique de Louvain et au CHU UCL Mont-Godinne - Dinant, Belgique

**Prof. Patrice Laloux**, neurologue, CHU UCL Mont-Godinne - Dinant, Belgique

**Paul Majérus**, démographe au Centre d'Éducation du Patient, Godinne, Belgique  
**Sylvier Saint-Dizier**, infirmière au Centre d'examen de santé, CPAM des Ardennes, Charleville-Mézières, France

**Prof. Erwin Schroeder**, cardiologue au CHU UCL Mont-Godinne - Dinant, Belgique

Avec aussi des représentants de la Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg (Belgique), du Centre d'éducation du patient asbl (Belgique), de l'Hôpital de Sedan (France), de l'Unité transversale d'éducation du patient à Charleville-Mézières (France) et du Centre d'examen de santé, CPAM des Ardennes (France).

Plus d'informations et programme <http://www.preventionsante.eu/>

et du social de la zone. Par un descriptif du projet, une explication de la démarche éducative et de l'éducation thérapeutique du patient, une information sur les possibilités d'éducation thérapeutique offertes par différentes structures et outils éducatifs disponibles, l'accent est mis sur la manière dont chaque professionnel peut collaborer à la prévention et à l'éducation pour la santé du patient.

### **Richesse dans la confrontation des savoirs et des expériences**

La promotion à la santé, la prévention et l'éducation du patient ne reposent pas sur les mêmes structures et ne disposent pas des mêmes moyens en France et en Belgique. Il est d'autant plus intéressant de pouvoir

enrichir chaque projet particulier de ce qui se fait de part et d'autre de la frontière et d'en tirer des enseignements ou de nouvelles pratiques. Pensons, par exemple, à l'intérêt pour les organismes belges de s'intéresser à l'accompagnement proposé par les Unités transversales d'éducation thérapeutique en France (UTEF) ou les centres d'examen de santé et d'en tirer des enseignements quant à l'accompagnement éducatif.

À terme, la mise en œuvre du projet ICAPROS et la coopération transfrontalière franco-belge doivent permettre de développer des synergies entre les différents acteurs des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires, de même qu'un saut quantitatif et qualitatif important dans leur élaboration. Gageons

que les actions entreprises jusqu'à présent et la satisfaction partagée des partenaires du projet en sont un signe annonciateur.

*Pour en savoir plus sur le projet ICAPROS, n'hésitez pas à consulter le site du projet sur [www.preventionsante.eu](http://www.preventionsante.eu).*

*Pour plus d'informations sur l'étude de la santé cardiovasculaire en zone ICAPROS : [www.santetransfrontaliere.eu](http://www.santetransfrontaliere.eu)*

*ou Centre d'Éducation du Patient asbl, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne, tél. : 082 61 46 11,*

*courriel : [cep\\_godinne@skynet.be](mailto:cep_godinne@skynet.be).*

Le rapport intégral de cette étude est téléchargeable à l'adresse <http://www.preventionsante.eu/pages/publication/publication.html>

## **La formation des usagers de la voie publique**

Marc Camiolo<sup>1</sup>

**Contrairement à ce que ces mesures laissent penser ou espérer, les dispositifs d'éducation ont toujours échoué à améliorer la sécurité routière. Ce constat est attesté par les revues de questions internationales portant sur la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Plus qu'échouer, ces dispositifs ont même parfois été suivis d'une augmentation du risque routier par habitant !**

Le phénomène des accidents de la circulation est reconnu depuis bien longtemps par l'Organisation Mondiale de la Santé en tant que question de santé publique même s'il a surtout été traité dernièrement d'un point de vue répressif et sécuritaire. Les nombreuses publications statistiques internationales montrent qu'il est possible et important d'en présenter un traitement épidémiologique.

Le nombre de morts sur la route est bien en baisse constante en Europe depuis la fin des *trente glorieuses* mais cette baisse ne permet de tirer aucune conclusion quant à l'efficacité des mesures prises. Pour en faire une évaluation rigoureuse, chaque mesure éducative doit être isolée et il faudrait

comparer un groupe test à un groupe témoin. **Gérald S. Wilde** présente dans sa théorie de l'homéostasie du risque un grand nombre de ces études (voir encadré page suivante). Cet ouvrage comporte un chapitre spécifiquement consacré à la question de l'éducation à la santé.

### **Le risque cible**

Ces évaluations spécifiques et épidémiologiques montrent que les formations à la conduite et à la sécurité routière n'ont jamais permis de réduire le taux de mortalité par tête. Son concept du '*risque cible*' permet d'éclairer ces résultats. Nous acceptons un certain niveau de risque que nous sommes prêts à prendre en

échange de gains attendus. Rappelons au passage qu'il est simplement impossible de conduire sans prendre de risque. La sécurité n'est au fond qu'un sentiment et le moindre de nos actes comme la moindre de nos décisions comportent toujours une part d'aléas. Lorsqu'un élément extérieur vient modifier un paramètre de la situation en rapport à sa dangerosité, le sujet adapte son comportement de façon à conserver un niveau de risque stable. Personne ne conduit une moto de la même façon selon qu'il porte un casque ou non. Avec le casque, le conducteur se sent protégé et peut donc prendre plus de risques et en attendre plus d'avantages en retour. Une formation à la sécurité ou à la santé

<sup>1</sup> Camiolo, M. (2013) *Production et reproduction d'une culture du risque : le cas de l'éducation routière*, Thèse de Doctorat, Université de Strasbourg.



devrait avoir comme résultat que les apprenants soient mieux capables de se protéger face à un danger à l'issue de la formation. Dans les cas probablement très fréquents où une telle formation serait efficace, les participants peuvent légitimement penser être mieux en mesure de faire face aux risques liés aux accidents de la circulation. Mais comme chacun, de façon très rationnelle, se doit d'optimiser les risques qu'il prend (pour en attendre un gain maximum en retour) et non minimiser ces risques, un effet secondaire de ces formations sera de s'autoriser à prendre plus de risques. On imagine bien l'ennui que doit représenter, pour un pilote de Formule 1, le strict respect des limitations de vitesse sur route.

À la lecture de ces résultats plutôt 'déroutants', il ne nous semble pas pertinent de simplement proscrire toute formation à la mobilité mais bien plutôt de soulever la question du lieu de la santé et de la sécurité. Il semblerait que la définition des niveaux de risques acceptés individuellement et collectivement exprimée quantitativement en taux d'accidents par habitant et par heure de conduite ne dépende pas de ce qu'un « Autre » voudrait en faire mais uniquement de ce qu'un sujet ou un groupe veulent bien en faire. On peut bien interdire les automobiles mais non pas empêcher

des hommes de se battre dans une soirée trop arrosée. On peut bien supprimer l'alcool mais non pas contraindre une population à se coucher tôt pour respecter ses besoins en sommeil, etc.

### Le bien ou le désir

Il se pourrait alors que l'éducation à la santé et à la sécurité ne soit un bienfait que jusqu'à un certain point à partir duquel l'épée de Damoclès se retournerait contre

celui qui la brandit. **Ivan Illich** <sup>2</sup> parle du « seuil naturel de contre-productivité des institutions modernes ». En œuvrant pour le 'bien' d'une population ou d'un homme sans en passer par sa demande explicite, on empêcherait la production du 'désir' de se protéger, de prendre soi-même ou nous-mêmes en main notre santé et notre sécurité. Finalement, passé ce seuil, les dispositifs d'éducation pourraient déresponsabiliser plutôt que protéger. Agir pour l'éducation de quelqu'un ou de quelques-uns, c'est nécessairement postuler qu'ils ne sont pas éduqués et qu'ils ne sont pas capables de s'éduquer eux-mêmes.

Ce qui est ici remis en cause par ces résultats et les hypothèses que nous formulons, c'est l'injonction de soin et l'obligation de formation à la sécurité, telle qu'elle est d'ailleurs à l'œuvre bien plus en France qu'en Belgique. Pour se préserver des effets contre-productifs des dispositifs d'éducation à la santé, il se pourrait que la demande des participants soit un déterminant essentiel de la qualité des interventions. Un autre de ces déterminants pourrait être la lucidité des éducateurs quant aux limites de leurs interventions...

## Une théorie de la santé et de la sécurité

Système de freinage ABS, airbags, obligation de boucler sa ceinture, feux rouges, formations du conducteur, limites de vitesse... Tant d'efforts pour réduire la mortalité routière !

Ces mesures produisent-elles réellement l'effet attendu ? Et pourquoi diable est-il écrit que 'fumer tue' sur mon paquet de cigarettes ? Le préservatif est-il un moyen de prévention efficace ? Peut-on vraiment maîtriser les risques professionnels ?

Voilà quelques-unes des questions que peut susciter la lecture de la théorie de l'homéostasie du risque.

Le 'risque cible' est le concept clé de cette théorie. La sécurité n'est au fond qu'un sentiment. Le risque fait bien partie de notre quotidien. Il est présent dans la

moindre de nos actions. Des accidents surviennent alors même que toutes les précautions établies avaient été prises. Dès lors, qu'est-ce que prendre 'assez' de risques ? Jusqu'où aller trop loin ? Chacun d'entre nous y répond en acceptant un niveau de risque cible. Il s'agit largement d'habitudes, pas vraiment conscientes, mais qui n'engagent pas moins notre responsabilité.

*Wilde, G. (2012) Le risque cible, une théorie de la santé et de la sécurité, prises de risques au volant, au travail et ailleurs... (traduit de l'anglais par Marc Camiolo), Fernemont, EME & Intercommunications, 264 pages, 28 euros.*

*Courriel : edition@intercommunications.be.*

<sup>2</sup> Illich, I. (1975) La convivialité, Paris, Seuil.

Chantal Leva, Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé

**Depuis 2011, le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a participé avec les différentes entités belges à un projet européen intitulé 'Equity action starting from the start', dont le but est de s'attaquer à la problématique des inégalités en matière de santé en offrant à chaque citoyen, dès la naissance, des chances égales d'une vie en bonne santé<sup>1</sup>.**

Différents groupes de travail ont été mis en place. L'objectif final est de construire une politique 'Santé dans toutes les politiques' ('Health in All Policies', HiAP en abrégé) concernant les inégalités en matière de santé dans notre pays et plus particulièrement dès le plus jeune âge. Des échanges internationaux entre pays participants se font régulièrement et permettent d'avancer en confrontant les expériences des uns et des autres quant à l'application des méthodologies proposées. Un des membres du Conseil supérieur de promotion de la santé participe au groupe de travail 'parties prenantes' dont l'objectif est de lancer un dialogue politique entre les différents secteurs et les différents niveaux de pouvoir pour mettre les inégalités sociales de santé à l'ordre du jour. L'idée de ce projet européen est d'aboutir à des plans nationaux pour mettre en place des mesures visant à réduire ces inégalités.

Le concept de 'Santé dans toutes les politiques' (HiAP) est en effet, devenu indissociable ces derniers temps des recommandations de l'OMS et de l'Union européenne pour la promotion de la santé et la réduction des inégalités en matière de santé<sup>2</sup>.

Dans chaque domaine de l'action publique, des mesures politiques fondées sur un **universalisme proportionné** peuvent être définies, à savoir des mesures et/ou initiatives destinées à tous, mais mises en œuvre en fonction du niveau de précarité et des besoins. Une HiAP sous-entend littéralement la 'santé dans tous les domaines politiques',

c'est-à-dire la conduite d'une collaboration intersectorielle en matière de santé impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir.

La Belgique a déjà une certaine expérience en matière de collaboration entre les différents secteurs, notamment les politiques en matière de lutte contre la pauvreté, de développement durable, de violence intrafamiliale. Dans le domaine des soins de santé également, une politique intégrée est développée par le biais de la Conférence interministérielle Santé publique. Le secteur santé tant du côté des services de santé que des services de promotion de la santé doit soutenir ces efforts de collaboration intersectorielle tout en tenant compte de la logique des autres secteurs, dans le but de participer à la construction de cette politique de réduction des inégalités sociales de santé.

### Un groupe intersectoriel pour instaurer un dialogue politique

Dans la logique de ce projet européen, un groupe intersectoriel serait mis sur pied avec des représentants des différents niveaux de pouvoir<sup>3</sup> et des différents secteurs (logement, mobilité, santé, éducation, environnement...). Tel que proposé actuellement, et au vu des futures redistributions de compétences au niveau régional, ce groupe travaillerait sous la houlette du Plan de développement durable dans le cadre de la Commission

interdépartementale de développement durable (CIDDD).

Le Conseil souligne l'intérêt de mettre sur pied un tel groupe afin de collaborer de manière conjointe, tout en respectant les spécificités régionales, à la définition d'un plan national visant la réduction des inégalités sociales de santé. Ce groupe pourrait s'appuyer entre autres sur les travaux réalisés au sein des différentes régions ('health impact assessment' des observatoires de santé notamment) pour pointer des priorités en la matière qui soient proches des besoins du terrain dans une optique d'universalisme proportionné. Ce dialogue politique pourrait être une première étape dans le développement d'instruments et d'un cadre commun d'action dans le domaine d'une politique HiAP transversale sur les différents niveaux de pouvoir et les différents départements concernant les inégalités en matière de santé en Belgique.

Il s'inscrit à l'évidence dans les stratégies de promotion de la santé que le Conseil supérieur de promotion de la santé défend depuis de nombreuses années. À l'estime du Conseil, il faut dès à présent tisser des liens pour s'insérer dans le processus en cours. Dans ses travaux précédents, le Conseil a relayé une préoccupation partagée par les acteurs de terrain, à savoir la nécessité d'un engagement et d'un soutien tant au niveau politique qu'au niveau local dans la mise en œuvre de mesures visant la réduction de

<sup>1</sup> Voir à ce sujet C. De Bock, 'Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé', Éducation Santé n° 290, juin 2013, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1591>

<sup>2</sup> C'est ce qui ressort de la stratégie *Health for All* de l'OMS, de la politique-cadre *Santé 2020* de la Région OMS Europe, de la Déclaration de Rio de l'OMS sur les inégalités en matière de santé, du Traité de Rome en ce qui concerne la HiAP, de la Charte de Tallinn sur les systèmes de santé et de la stratégie en matière de santé de la Communauté européenne. Ndlr : au terme de la 8<sup>e</sup> Conférence globale de promotion de la santé, qui s'est tenue à Helsinki du 10 au 14 juin 2013, les participants ont une fois de plus enfoncé le clou de 'la santé dans toutes les politiques', voir le texte en anglais du 'Helsinki Statement on Health in All Policies', <http://www.healthpromotion2013.org/conference-programme/framework-and-statement> (merci à Danielle Piette pour l'info).

<sup>3</sup> Voir avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 14 avril 2011 'Réduction des inégalités sociales de santé', <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=cspso>

ces inégalités sociales de santé. Les priorités définies par le Conseil, à savoir l'universalité de l'offre en promotion de la santé ainsi que l'universalité d'accès aux soins notamment pourraient se décliner à différents niveaux et constituer ainsi l'apport du secteur santé dans ce plan national où chaque secteur s'engagerait sur son terrain pour réduire les inégalités sociales de santé.

Des initiatives de collaborations intersectorielles lancées par la Fédération Wallonie-Bruxelles peuvent aussi être valorisées comme, par exemple, les 'Cellules bien-être à l'école' impliquant trois cabinets et administrations ou encore l'expérience menée par les communes dans le cadre d'un appel à projet lancé depuis trois ans par la Ministre **Fadila Laanan** ayant parmi ses axes prioritaires d'action, la réduction des inégalités.

Les expériences soutenues de la sorte démontrent la capacité mobilisatrice des

acteurs locaux de différents secteurs pour définir des mesures en ce sens. Le Conseil estime qu'il serait pertinent de poursuivre ce soutien pour maintenir l'engagement des élus et des acteurs locaux en les invitant à développer des collaborations intersectorielles. Le Conseil trouve par conséquent d'autant plus regrettable que ce coup de pouce aux initiatives locales soit abandonné en 2013 pour motifs budgétaires. Dans le cadre de ce projet européen 'Equity action', les échanges montrent qu'au sein des groupes nationaux, il existe une diversité de pratiques pour mobiliser les politiques et les différents secteurs. Quelques éléments ressortent comme essentiels dans ce processus : la nécessité d'établir des mesures d'impact des politiques sur le terrain des inégalités sociales de santé et d'impliquer les décideurs à différents niveaux en développant des collaborations intersectorielles.

Avec les deux journées de dialogue le 11 janvier 2013 et le 26 février 2013, la réduction des inégalités sociales de santé a été mise à l'ordre du jour des différentes administrations sous l'impulsion du SPF secteur Santé. Le Conseil insiste à ce sujet sur la nécessité d'élargir ce processus d'une part aux décideurs politiques et d'autre part aux acteurs locaux. Il insiste sur la nécessité de poursuivre les travaux dans la transparence et en synergie, tout en favorisant la communication entre entités fédérées et niveau national et en valorisant les données et les enseignements des projets réalisés et en cours pour promouvoir la santé dans cette optique.

*Avis d'initiative du Conseil supérieur de promotion de la santé du 17 mai 2013.*

*Accessible en ligne : <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=4582>*

## Locale

# La Table OMS Alcool à Mouscron

Colette Barbier

**Le mois dernier, nous vous avons présenté les acquis d'une matinée d'échanges destinée aux acteurs de la promotion de la santé dans le Hainaut occidental. Son directeur, Tien Nguyen, commentait pour nous les obstacles rencontrés par les pilotes des projets, leurs atouts et les enseignements à tirer des réussites comme des échecs. Nous prolongeons aujourd'hui et la fois prochaine cette réflexion à la lumière de deux initiatives concrètes mises en place sur le territoire du centre local de promotion de la santé du Hainaut occidental, à Mouscron et Tournai.**

La *Table OMS Alcool* est une émanation de la Maison Communale de Promotion de la Santé (MCPS)<sup>1</sup> qui fut créée, en 2007, suite à différents constats de travailleurs sociaux (éducateurs de rue, secteur santé, pôle « Qualité de vie »). Elle est également née de la volonté de l'Échevinat des Affaires Sociales et de la Santé d'adhérer au Réseau Belge Francophone des Villes-Santé de l'OMS<sup>2</sup>. La MCPS est donc un service communal qui dépend de l'Échevinat des Affaires Sociales

et de la Santé. Elle est représentée par une échevine, **Brigitte Aubert**.

### La mise sur pied du projet

Pour adhérer au Réseau Belge Francophone des Villes-Santé de l'OMS, plusieurs conditions devaient être remplies. « *Nous avons dû réaliser un profil santé de notre commune et le présenter ensuite à la population* », raconte **Bastien Deloose**, éducateur spécialisé de la MCPS et qui est,

par ailleurs, un des deux coordinateurs de la Table OMS Alcool. « *Le profil santé a été réalisé par l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Nous avons également dû mettre en place un Comité de pilotage représentatif des Mouscronnois qui rassemblait l'associatif, le politique, le communal, la jeunesse, etc. Ce Comité de pilotage devait dégager des priorités d'action dont l'alcool. Il nous fallait aussi disposer d'un moyen de communication avec la population qui*

<sup>1</sup> En plus de la Table OMS Alcool, la MCPS s'occupe de nombreux autres projets tels que les inégalités de santé, le Plan Stratégique de Sécurité et de Prévention, le projet Viasano (prévention de l'obésité et du surpoids), le projet Ville-Santé...

<sup>2</sup> Le projet « Villes-Santé » est une initiative de l'OMS datant de 1988. Son but est d'associer les villes à la politique de « Santé pour tous » de l'OMS et de s'appuyer sur elles pour la mise en œuvre de cette politique au niveau local.

soit en dehors des bâtiments de l'hôtel de ville. C'est pourquoi le siège Ville-Santé OMS Mouscron fut aménagé dans un lieu distinct de l'Administration communale. »

Ainsi, Mouscron est devenue « Ville-Santé OMS » en juin 2007, date à laquelle la MCPS fut aussi officiellement ouverte. Depuis, celle-ci est utilisée comme vitrine pour communiquer les messages de santé à la population.

Pour sensibiliser au mieux les professionnels et les habitants à la thématique 'alcool' (une priorité mise en avant par le profil santé), une table de travail fut mise sur pieds en 2007.

« Elle regroupe toutes les associations de la ville qui peuvent intervenir de près ou de loin dans la problématique de l'alcool. Une fois le partenariat constitué, nous avons fait un état des lieux de nos connaissances et donné la consigne suivante : sachant que nous agissons dans le domaine de la promotion de la santé, quelles sont les attentes de notre population par rapport à cette thématique ? Ensuite, nous avons fixé les objectifs de la Table : d'une part, permettre une connaissance et une visibilité des institutions et services actifs dans le domaine de la prise en charge de la problématique liée à la surconsommation d'alcool. D'autre part, mettre en place des projets visant à informer, à sensibiliser, mais aussi à lutter contre la surconsommation d'alcool. »

## Les projets réalisés

Depuis sa création, la Table OMS Alcool a développé quatre projets :

- elle participe au Réseau transfrontalier de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) ;
- elle a mis en place un symposium pour les professionnels intitulé *Alcool, Toi, Moi... Nous !* ;
- elle est intervenue, en 2011 et 2012, sur le marché de Noël afin de faire de la prévention et sensibiliser la population, ainsi que les tenanciers de chalets aux dangers liés à l'alcool. « Comme premier moyen d'accroche, nous avons distribué les dix conseils du Père Noël en matière de consommation d'alcool aux visiteurs de chalets. Le Père Noël a joué le jeu puisque

c'est lui-même qui distribuait les conseils. Les personnes travaillant dans l'Horeca avaient accepté d'afficher ces conseils sur leur chalet. Ces conseils sont simples à lister et à distribuer. Cette action, dont l'impact est fort intéressant tant au niveau de la conscientisation du public que du personnel de l'Horeca, pourrait être répétée dans d'autres communes et sur d'autres marchés de Noël » ;

- elle a proposé une animation sur les effets de la surconsommation d'alcool à l'aide de lunettes multivision et d'un jeu vidéo.

## Atouts et facilités

La motivation de l'ensemble des partenaires est un gros atout. « Depuis 2012, nous travaillons sur un projet de forum qui aura lieu en mars 2014. Les partenaires sont très motivés car ils ont ainsi une perspective d'avenir. »

Un autre atout de poids, c'est l'existence de réseaux tels que la Coordination assuétudes du Hainaut occidental (Caho) et le Réseau transfrontalier coordonné par l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie du Département 59 (pour la France) et la Caho (pour la Belgique).

« Mouscron est intégré dans le réseau de la métropole lilloise pour tout ce qui concerne la réflexion autour de l'alcool. C'est une richesse, non seulement parce qu'il y a un échange des connaissances sur le sujet, mais aussi parce que Mouscron a été la première ville de Belgique à adhérer à ce réseau. Maintenant, d'autres villes l'ont rejointe, comme Ath et Tournai. L'expérience acquise au sein de ce réseau peut servir pour développer des projets dans notre commune. »

La Table OMS Alcool peut aussi compter sur le soutien du CLPS du Hainaut occidental et de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Par ailleurs, l'Échevine des Affaires sociales et de la Santé est partie prenante du projet grâce à son implication au niveau local, mais également dans le Réseau Francophone des Villes-Santé OMS. « Notre Échevine a mis la santé dans le règlement communal, ce qui permet une importante sensibilisation sur le plan local et représente évidemment un atout majeur pour le développement de la Table. Par ailleurs, Brigitte Aubert défend

souvent nos projets auprès de ses collègues lors du conseil communal. »

## Freins et besoins

Le frein le plus important est le financement du projet. « En adhérant au Réseau Belge Francophone des Villes-Santé de l'OMS, nous n'obtenons aucun financement. Pour la mise en place de nos actions, nous avons la chance d'avoir le soutien de la Commune puisque nous faisons partie d'un service communal. Pour le reste, sachant que nous n'avons pas d'argent, nous nous arrangeons pour mener nos actions en tenant compte de cette réalité-là. Lors de notre intervention sur le marché, nous avons eu la chance d'avoir le soutien du Syndicat d'initiative qui nous a donné un chalet. »

La mobilisation des partenaires<sup>3</sup> lors de l'accomplissement des actions est la deuxième difficulté rencontrée. « Lors de la concrétisation de notre action sur le marché de Noël, il a fallu solliciter l'ensemble des partenaires pendant un mois complet pour assurer la présence de la Table OMS Alcool sur l'ensemble du déroulement du marché de Noël ! Nous tenons à souligner que tous les partenaires ont fait preuve de ténacité pour répondre 'présent' à cette initiative ! D'ailleurs, certains d'entre eux venaient bénévolement pendant les week-ends. Heureusement, une fois de plus, nous avons eu le soutien du Service des Affaires Sociales et de la Santé et de son échevine qui a mis du personnel à notre disposition pour pouvoir assurer l'ensemble des plages horaires. »

## Évaluation

Chaque action est l'objet d'une évaluation. « Sur le marché de Noël, nous avons fait un relevé des personnes qui ont fréquenté les stands et des partenaires qui ont été sollicités par rapport à des questions sur l'alcool ou la surconsommation d'alcool. Après chaque marché, les partenaires se réunissent pour vérifier si les objectifs de départ ont été rencontrés ou non. Nous nous accordons toujours ce temps d'évaluation, en début d'année, pour réfléchir ensemble à la manière de relancer notre action sur le marché de Noël l'année suivante. »

<sup>3</sup> Les partenaires en sont : SOS Parents-Enfants, le Service Jeunesse de la ville de Mouscron, le Phare (réseau d'aide aux toxicomanes), la Coordination Assuétudes du Hainaut Occidental Wallonie Picarde (la CAHO), le Service réinsertion du CPAS, le Point d'Appui Assuétudes du CLPS-Ho, les gardiens de la paix, l'AMO « Le Déclit », la Gestion Centre-Ville, le Syndicat d'initiative, l'association « Corail » (association française agissant autour des personnes atteintes de la maladie de Korsakoff), le Plan de Cohésion Sociale de la ville de Mouscron et la Maison Communale de Promotion de la Santé.

## Données

# Quelle image les aînés ont-ils d'eux-mêmes ?

Communiqué par **Énéo**, mouvement social des aînés

**Les personnes de 50 ans ou plus ont l'impression d'avoir 9 ans de moins que leur âge réel et ne sont pas déprimées, d'après une étude menée par Énéo, mouvement social des aînés et présentée récemment lors d'une matinée d'étude au CEME, à Charleroi.**

Cette étude fait partie d'un vaste projet visant à décrypter les images des aînés. Énéo a souhaité, une fois n'est pas coutume, interroger les principaux intéressés : les aînés eux-mêmes. Les réponses de 1.542 personnes belges francophones de 50 ans ou plus, d'âges et d'horizons divers ont permis de réaliser plusieurs observations.

### Moi vieux, jamais !

Tout d'abord, les termes comptent. Qualifier les plus de 50 ans de personnes âgées ou de vieux déplaît fortement. Moins de 20 % des répondants acceptent d'être qualifiés de personnes âgées, et 8 % seulement acceptent qu'on les qualifie de vieux. À la question 'Quel âge avez-vous l'impression d'avoir ?', les répondants rapportent d'ailleurs un âge en moyenne 9 ans inférieur au leur.

### Oubliés, les stéréotypes ?

Interrogés sur différents traits de personnalité, ils se positionnent à l'encontre de la majorité des stéréotypes habituels qui circulent à leur égard. « *Non, ils ne sont pas plus seuls, plus déprimés ou plus plaintifs. Au contraire, ils se disent, avec l'âge, plus heureux, plus tolérants, plus intéressés par les questions existentielles, plus généreux et plus amicaux* », rapporte **Jean-Baptiste Dayez**, chargé d'études à Énéo.

À l'aide d'instruments de mesure validés scientifiquement, il a été possible d'évaluer l'estime de soi et la satisfaction de vie des répondants. Leur estime de soi est excellente (score moyen de 4 sur une échelle de 1 à 5), et leur satisfaction de vie est bonne (score moyen de 3,64 sur 5). L'étude a d'ailleurs montré que la satisfaction de vie augmente en vieillissant, confirmant le fameux 'paradoxe du bonheur'.



### Les politiques et les adolescents les voient négativement

Les répondants ont également donné leur opinion sur les méta-stéréotypes – dit plus simplement, sur 'ce qu'ils pensent que l'on pense d'eux'. Il en ressort qu'ils n'ont pas l'impression d'être mal perçus sur de nombreux facteurs, ce qui est évidemment réjouissant. Par contre, ils ont l'impression d'être vus comme peu productifs, peu performants en termes de mémoire, lents, insécurisés, seuls, peu attirants physiquement ou comme ayant une piètre vie sexuelle. Interrogés sur la façon dont différents groupes de personnes les perçoivent, ils sont plus de 40 % à trouver que les adolescents et le monde politique les voient négativement (un chiffre qui descend à 20 % pour les enfants !). Cette étude, la première du genre en Belgique francophone, montre que l'image misérabiliste que l'on a parfois des aînés

ne tient absolument pas la route. Plutôt que de se sentir rabaissés par la présence de stéréotypes à leur égard dans leur environnement, les aînés en ressortent renforcés et plus motivés que jamais à donner tort aux préjugés.

Énéo, mouvement social des aînés, est une asbl qui compte 40.000 membres en Fédération Wallonie-Bruxelles. Mouvement d'éducation permanente et partenaire de la Mutualité chrétienne, Énéo a notamment pour mission de lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes âgées. Cette étude permettra d'étayer son combat de tous les jours.

Le numéro 42 de 'Balises', le journal des cadres d'Énéo, est entièrement consacré à l'étude : [http://www.eneo.be/images/balises/Balises\\_42.pdf](http://www.eneo.be/images/balises/Balises_42.pdf). Internet : [www.eneo.be](http://www.eneo.be). Courriel : [eneo@mc.be](mailto:eneo@mc.be).



# Focus sur l'enquête internationale HBSC<sup>1</sup>

Colette Barbier

**Le mois passé, nous vous avons présenté quelques résultats marquants du volet belge francophone de l'enquête internationale HBSC relative aux comportements de santé des jeunes scolarisés. Nous abordons brièvement aujourd'hui l'ensemble de cette étude de grande envergure.**

La première mouture de l'enquête remonte à 1983-1984 et fut réalisée avec l'Angleterre, l'Autriche, le Danemark, la Finlande et la Norvège. L'objectif était alors de mener une étude internationale utilisant un seul et même questionnaire afin de pouvoir effectuer des comparaisons entre les pays participants. Très vite, l'OMS a soutenu cette initiative et décidé d'en faire un projet de collaboration avec d'autres pays. Au fil des ans, l'enquête s'est étendue à travers l'Europe et l'Amérique du Nord. Elle couvre maintenant plus de 40 pays et régions<sup>2</sup> et permet de collecter tous les quatre ans, grâce à des questionnaires auto-administrés en classe, des données de santé chez les adolescent(e)s de 11, 13 et 15 ans.

**Candace Currie**, professeur de 'Santé des enfants et des adolescents' à l'Université de St Andrews, en Écosse, est la coordinatrice internationale de l'enquête HBSC depuis 1995. Le 5<sup>e</sup> rapport international, publié en 2012 par l'OMS Europe, présente les conclusions de l'étude de 2009/2010 à laquelle ont participé plus de 200.000 jeunes. L'étude s'intéresse non seulement à leur santé, mais aussi à leur bien-être, à leur environnement social, scolaire et familial, ainsi qu'à leurs comportements en matière de santé. Elle analyse par ailleurs les influences sociodémographiques sur leur santé. Enfin, elle fournit une base de données solide permettant de soutenir les efforts nationaux et internationaux visant à renforcer les initiatives en faveur de la santé et du bien-être des jeunes.

## Place aux déterminants sociaux de santé

L'enquête internationale montre que beaucoup de jeunes en Europe et en Amérique du Nord ne sont pas en aussi bonne santé qu'ils pourraient l'être, et que les inégalités sociales de santé sont, d'une manière globale, largement répandues de façon plus ou moins importante selon les pays.

Elle met en avant les points suivants :

- les comportements dommageables pour la santé ont une prévalence croissante avec l'âge et sont inversement proportionnels à l'aisance familiale ;
- les garçons et les filles adoptent des

comportements sains ou nuisibles pour la santé différents. Certaines différences se manifestent ou augmentent pendant l'adolescence, et contribuent potentiellement aux inégalités entre les hommes et les femmes à l'âge adulte ;

- les tendances relatives à la santé varient entre les pays, suggérant que les contextes sociaux, culturels et économiques à l'intérieur des pays peuvent influencer sur la santé des jeunes et sur leurs comportements liés à la santé, créant des inégalités en matière de santé entre les pays et les régions.

Le 5<sup>e</sup> rapport international montre que s'attaquer aux déterminants sociaux des

## Soutenir tous les ados, sans distinction

Selon Candace Currie, certains aspects révélés par l'enquête sont assez préoccupants : « Il s'agit des changements observés en termes de santé mentale et, en particulier, l'impact de l'aisance, sans oublier non plus les différences apparaissant entre les sexes. Nous devons nous demander pour quelle raison la société ne soutient pas autant les jeunes de familles moins nanties, ou tout simplement les filles. Nous devons nous demander ce qu'il faut faire pour créer des environnements favorables, permettant

aux jeunes de grandir et de jouir d'une bonne santé. Il ne s'agit pas seulement d'en faire des adultes en bonne santé, mais aussi des adolescents comblés et bien portants, qui sont notamment heureux et performants à l'école, qui se font des amis et possèdent des compétences sociales. Ils ont besoin d'être encadrés à cette fin. »

Source : interview de Candace Currie 'Santé de l'enfant et de l'adolescent. Faut-il se soucier des adolescents ?', sur [www.euro.who.int/fr](http://www.euro.who.int/fr)

<sup>1</sup> Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study. Currie C et al. eds. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6). Ce rapport international peut être téléchargé sur le site du SIPES (<http://sipes.ulb.ac.be>) ou sur le site de l'OMS Europe (<http://www.euro.who.int/fr>).

<sup>2</sup> Les régions et pays suivants sont couverts par le rapport international de l'étude HBSC de 2009-2010 : Allemagne, Angleterre (Royaume-Uni), Arménie, Autriche, Belgique francophone, Belgique néerlandophone, Canada, Croatie, Danemark, Écosse (Royaume-Uni), Espagne, Estonie, États-Unis d'Amérique, Ex-République yougoslave de Macédoine, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Groenland, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays de Galles (Royaume-Uni), Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie et Ukraine.

inégalités en matière de santé pendant l'enfance et l'adolescence peut aider les jeunes à optimiser leur état de santé et de bien-être, et empêcher que ces inégalités ne se prolongent à l'âge adulte, avec toutes les conséquences négatives pour les individus eux-mêmes et pour la société. « La santé et l'équité en santé ont une place importante dans le développement de tous les pays », explique **Zsuzsanna Jakab**, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, dans l'introduction du rapport international. « C'est pourquoi la promotion de la santé de la population, les déterminants sociaux de santé et la diminution des inégalités de santé sont les objectifs de l'OMS en Europe d'ici 2020. L'enquête démontre qu'une mauvaise santé ne peut être simplement expliquée par des microbes et des gènes

déficiants. La santé dépend des circonstances dans lesquelles vivent les jeunes, du niveau de richesse de leur famille, de l'accès qu'ils ont aux soins de santé, de leur école et des occasions de loisirs, de leur maison, communauté, ville et village. La santé, c'est aussi le reflet de caractéristiques individuelles et culturelles telles que le statut social, le genre, l'âge, la nationalité, la valorisation et la discrimination. Bref, la santé de l'individu, comme de la population, est fortement influencée par les déterminants sociaux. » Selon Candace Currie, « ce rapport est unique au monde, car il brosse un tableau détaillé de la santé et du bien-être des jeunes, et il est essentiel pour la somme d'éléments probants qu'il propose sur lesquels peuvent se fonder des politiques. Face aux inégalités en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent, des

politiques et des mesures internationales et nationales sont nécessaires pour donner à tous les jeunes l'occasion d'optimiser leur santé et leur bien-être actuels et futurs. Les programmes de promotion de la santé devraient tenir compte de l'âge, du sexe et des différences socio-économiques, et devraient viser à instaurer une situation équitable pour tous les jeunes. » C'est pourquoi Zsuzsanna Jakab affirme qu'il est « primordial d'identifier et de créer les conditions dans lesquelles chaque population peut faire prospérer la santé, de s'assurer que la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé deviendra la responsabilité des gouvernements, et de mettre la santé au cœur du développement durable des populations à travers l'Europe ».

## Documentation

# Promotion de la santé des aînés, perceptions et représentations

Aurélié Leroy, Université Catholique de Louvain, École de Santé Publique, Unité RESO, Service RESOdoc

**La société pose souvent un regard négatif sur l'avancée en âge et réduit fréquemment le vieillissement à un problème médico-social et économique. Comme le souligne Sylvie Carbonnelle (voir référence page suivante) : « De telles représentations se déclinent comme une succession de changements négatifs : perte de rôles sociaux, de relations sociales, isolement, dépendance, dégradations et autres diminutions de soi ».**

Mais à quel âge devient-on vieux ? La plupart du temps, l'âge biologique et la sortie de la vie active définissent le statut du senior ou de la personne âgée et « leur statut dans la société et leur reconnaissance sociale servent souvent de toile de fond aux plans de santé publique concernant cette population (dossier de La Santé de l'Homme, voir référence page 19) ». Pourtant, contrairement à ces représentations sociales, la majorité des aînés ne partagent pas cette vision stéréotypée<sup>1</sup>. Le processus de vieillissement ne recouvrerait pas de réalité prédéfinie mais se déclinerait sous une multiplicité de modes de vie et de parcours de santé. Il était donc important de penser la promotion

de la santé de cette population dans une approche plus humaniste et d'ouvrir de nouvelles perspectives ; non plus sous la vision des incapacités naissantes mais sous une vision plus proche de leur vécu afin de donner une image plus exhaustive du vieillissement. Le sujet de cette bibliographie commentée concerne les perceptions et représentations du vieillissement ainsi que les nouvelles approches de promotion de la santé des aînés. En interrogeant la base de données DOCTES<sup>2</sup> avec les mots-clés 'personne âgée' ou 'vieillesse', on identifie 3695 documents. Parmi ceux-ci, les documents les plus pertinents et

récents ont été retenus. Au total, cinq documents sont ici présentés.

### Bibliographie commentée

■ BARTHÉLÉMY L., IMBERT G., PIN LE CORRE S. (2009), Dossier : Promouvoir la santé des personnes âgées in *La Santé de l'Homme*, n° 401, mai-juin, pp. 11-44.

Ce dossier propose d'interroger les connaissances, pratiques et perspectives en matière de promotion de la santé des personnes âgées et est structuré en trois parties. La première partie aborde les enjeux sociétaux dans lesquels s'inscrit la promotion de la santé des aînés à travers l'étude du statut et des représentations sociales du vieillissement. La deuxième partie

<sup>1</sup> Voir la présentation de l'étude ÉNEO dans ce numéro.

<sup>2</sup> Base de données du RESOdoc, service de documentation de l'UCL-RESO, disponible en ligne sur [www.uclouvain.be/reso](http://www.uclouvain.be/reso)

étudie l'évolution des politiques de prévention en France et souligne la nécessité de les adapter aux particularités de cette population afin d'éviter toute exclusion. Enfin, la troisième partie de ce dossier questionne les pratiques d'intervention en promotion de la santé des aînés et plus particulièrement le projet 'Vieillir en bonne santé' sous l'angle d'une approche globale et d'une démarche participative.

■ MOULAERT T. (ss. coord.) (2013),

*Le Vieillissement actif, à quelles conditions ? in L'Observatoire, n° 75, Mars, pp. 5-72.*

Ce dossier s'intéresse au vieillissement actif, cadre de politique de santé émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans une perspective multidimensionnelle. Les questions des représentations, de l'emploi des seniors, des politiques publiques en Belgique, des inégalités sociales sont abordées. La diversité et la richesse des formes d'engagement des

aînés et personnes âgées au-delà du travail sont également explorées.

■ BARTHÉLÉMY L., PIN S., RICHARD L., FILIATRAULT J. (2011), *Dossier : Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés in La Santé de l'homme, n° 411, janvier-février, pp. 11-42.*

Souvent négligés, les déterminants socio-environnementaux tels que le lien social, l'aménagement de l'environnement, la participation à la vie collective, la solidarité de la communauté jouent un rôle fondamental dans la qualité de vie et la santé des aînés. Ce dossier propose d'étudier ces dimensions et de démontrer la pertinence d'une approche 'écologique' en matière de promotion de la santé des aînés.

■ CARBONNELLE S. (ss. coord.) (2011), *Penser les vieilles, Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge, Paris, Seli Arslan.*

Cet ouvrage rassemblant diverses études, propose un éclairage historique sur les représentations sociales de la vieillesse, sur la question de l'identité, de l'ancrage social et de la retraite au quotidien. Il invite à repenser les vieillessees comme 'construction individuelle et sociale' et à reconsidérer les parcours de vie dans la diversité de leurs formes.

■ HENCHOZ K., CAVALLI S., GIRARDIN M. (2008), *Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge, in Sciences Sociales et Santé, Vol. 26, n° 3, septembre, pp. 47-70.*

Cet article s'intéresse au lien entre état de santé et perception de la santé chez les personnes de grand âge. Il explore les différents mécanismes de comparaison à l'œuvre permettant d'expliquer le décalage entre l'état de santé observé et la perception subjective que les personnes de grand âge en ont.



LA  
Santé  
de l'homme

La Santé de l'homme n° 420 – hors série – septembre 2012 –  
70 ans d'éducation pour la santé

Éditorial. *La Santé de l'homme*, lieu d'échange et de débat, Thanh Le Luong

*La Santé de l'homme* : miroir d'une société en mouvement!, Éric Le Grand

### Évolution de la promotion de la santé dans La Santé de l'homme : 1942-2012

Nutrition santé : entre permanence et questionnements, Michel Chauliac et Serge Hercberg

« Une valorisation de nos activités et une tribune d'expression », entretien avec Antonia Dandé

La jeunesse au risque de l'alcool, Thierry Fillaut et Emmanuelle Le Berre

« Une revue de référence sur les sujets de promotion de la santé », entretien avec Marika Lefebvre

Retour sur les origines de *La Santé de l'homme*, Isabelle von Buelzingsloewen

« Cette revue est au centre de mes préoccupations professionnelles », entretien avec Nadine Labaye-Prévoit

Les manières d'aborder les questions liées à la sexualité, Bruno Housseau et Yaëlle Amsellem-Mainguy

« Un espace de réflexion à préserver », entretien avec Roselyne Coppens

Les conseils prodigués aux parents de jeunes enfants, Bernadette Tirard

« Inspirer et soutenir la réflexion des acteurs francophones », entretien avec Marie-Claude Lamarre

Les questions liées à la santé mentale, Annick Fayard et Aude Caria

« Une source documentaire non négligeable », entretien avec Sabrina Fouinat

De la précarité aux inégalités sociales : les enjeux d'une lutte contre l'injustice sociale, Marie-José Moquet

« Qu'elle garde son côté informatif et pratique », entretien avec Anne Sizaret

Éducation thérapeutique du patient, retour vers le futur, Brigitte Sandrin et Isabelle Vincent

« Un support de formation continue », entretien avec Flore Aumaître

Formation et diversité des professionnels en promotion de la santé : entre incantations et évolutions?, Emmanuelle Hamel et Jeanine Pommier

Une histoire à quatre voix, entretien avec François Baudier, Alain Douiller, Bernadette Roussille, Yves Géry

### Perspectives d'avenir pour la promotion de la santé

La promotion de la santé, levier de transformation de l'action publique, Antoine Gueniffey et Zinna Bessa

Promotion de la santé et économie politique, Philippe Guibert

La santé par le bien-être et la qualité de vie, René Demeulemeester

La place de l'éducation à la santé. Lettre à *La Santé de l'homme* pour son 70<sup>e</sup> anniversaire, Jean-Pierre Deschamps

Les conditions du « vivre », Philippe Lecorps

La pratique en promotion de la santé en France, Éric Breton et Marion Porcherie

Frise chronologique : un siècle d'éducation pour la santé, Sandra Kerzanet

Dossier coordonné par **Éric Le Grand**, sociologue, consultant en promotion de la santé, et **Marie-Frédérique Cormand**, secrétaire de rédaction au Département des Éditions, INPES

Tout nouveau numéro est intégralement accessible sur Internet dès sa parution, à partir du site de l'Inpes : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Vous y trouverez aussi une présentation de la revue, les sommaires et index des numéros depuis 1999 et l'intégralité des articles publiés depuis 2000 (n° 345).

Si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, le moteur de recherche du site de l'INPES vous permet de trouver instantanément les articles de *La Santé de l'homme* et d'autres documents traitant de cette thématique.



# Sommaire

## Édito

- 2 Incertitudes, par *Christian De Bock*

## Initiatives

- 2 L'accompagnement du dispositif pilote *Cellule bien-être* : un pas de plus vers l'intersectorialité, par *Chantal Vandoorne*
- 4 Considérer la personne dans sa globalité, l'éducation dans sa continuité, par le *CEMEA*
- 5 La participation des élèves comme levier du bien-être ?, par *l'asbl Empreintes*
- 6 Construire un espace de confiance à l'école, par *Synergie*
- 6 Le bon usage de la gestion des conflits, par *l'Université de Paix*
- 7 ICAPROS, prévenir les maladies cardiovasculaires en zone transfrontalière, *Carole Feulien, Marie-Madeleine Leurquin, Paul Majérus et Sandrine Walhin*
- 11 La formation des usagers de la voie publique, *Marc Camiolo*

## Stratégies

- 13 Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé sur le projet 'équité en santé dans toutes les politiques', par *Chantal Leva*

## Locale

- 14 Hainaut occidental : la *Table OMS Alcool* à Mouscron, par *Colette Barbier*

## Données

- 16 Quelle image les aînés ont-ils d'eux-mêmes ?, communiqué par *Énéo*, mouvement social des aînés
- 17 Focus sur l'enquête internationale Health Behaviour in School-Aged Children, par *Colette Barbier*

## Documentation

- 18 Promotion de la santé des aînés, perceptions et représentations, par *Aurélie Leroy*

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

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré à ce numéro :** Colette Barbier, Marc Camiolo, CEMEA, Empreintes, Énéo, Aurélie Leroy, Marie-Madeleine Leurquin, Chantal Leva, Paul Majérus, Synergie, Université de Paix, Chantal Vandoorne, Sandrine Walhin.

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

**Journaliste :** Carole Feulien.

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

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Jacques Henkinbrant (design et développement), Carole Feulien (animation).

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

**Lettre d'information :** Carole Feulien

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

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

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

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

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

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 2 100 exemplaires.

**Diffusion :** 2 000 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

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

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

**Pour tous renseignements complémentaires :**

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

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

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

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

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

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

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

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

# Éducation Santé



FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-  
Bruxelles finance cette revue



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



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier  
blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

