

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 398 / AVRIL 2023



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



Inégaux
face à la santé

Sommaire



3

RÉFLEXIONS
Inégaux

face à la santé



14

OUTILS
**Oh'ISS
et Pas d'ISS:**

Mieux comprendre
les inégalités sociales
de santé



7

INITIATIVES
SATRAQ

Pour une réduction
de la consommation
d'alcool au quotidien



11

OUTILS
Images mentales:
le retour



www.educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.



Retrouvez-nous aussi sur :
www.facebook.com/revueeducationsante

Le choix d'utiliser l'écriture inclusive est laissé à l'appréciation de chaque auteur·e. Pour une question d'accessibilité et de confort de lecture, l'usage du masculin peut être choisi pour évoquer les personnes, quel que soit leur genre et dans le respect de chacun·e.

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Hervé Avalosse, Clara Noirhomme, Sophie Ces, Deborah Flusin, Alain Cherbonnier, Outilthèque PIPsa. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Pascale Anceaux, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefevre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Estelle Georgin. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Inégaux face à la santé

Plus le revenu médian d'un quartier est bas et plus l'état de santé de ses habitants est mauvais, c'est le constat principal d'une étude à grande échelle de la Mutualité chrétienne, qui a étudié les données de ses 4,5 millions de membres répartis en 20 000 quartiers sur le territoire belge. Une analyse qui donne une vision fine du lien entre revenu et santé. La santé des personnes se détériore considérablement à mesure que les revenus au sein d'un quartier diminuent. Or, les inégalités de santé sont des différences injustes, systématiques et évitables en matière de santé entre différents groupes de la société.

RÉFLEXIONS

► HERVÉ AVALOSSE, CLARA NOIRHOMME, SOPHIE CÈS¹

L'accord de coalition fédéral contient – à juste titre – des objectifs ambitieux en matière d'inégalités de santé, notamment celui de réduire d'au moins 25 %, d'ici 2030, l'écart de santé entre les personnes ayant la plus grande et la plus petite espérance de vie en bonne santé. Mais comment est-il possible de mesurer et contrôler la réalisation de cet objectif ? Cette nouvelle étude de la MC peut servir de référence pour formuler et évaluer des mesures politiques concrètes.

L'étude « Inégaux face à la santé » permet d'objectiver l'importance des inégalités de santé en matière d'état de santé (mortalité et morbidité) et d'utilisation des soins de santé (soins hospitaliers, dispositifs de prévention, contacts de 1^{re} ligne et santé mentale).

Mesurer les inégalités

Les résultats sont basés sur les données de tous les membres de la MC – près d'un Belge sur deux – et non sur des données autodéclarées, contrairement aux enquêtes dans lesquelles les répondants à faibles revenus sont souvent sous-représentés. La méthode repose sur un traitement des bases de données administratives et de facturation des soins de santé, collectées et traitées en routine par les mutualités (pour l'année 2019).

Afin de procéder à une analyse approfondie, les 20 000 quartiers (secteurs statistiques) de Belgique ont été répartis en dix classes basées sur le revenu fiscal

médian (données provenant de Statbel). Les 4,5 millions de membres de la MC sont répartis, en fonction de leur adresse, dans l'une de ces dix classes (chacune regroupant 10 % des membres), de sorte qu'une distinction peut être faite entre les membres en fonction du niveau de revenu de leur quartier. De plus, deux classes représentant les situations les plus extrêmes ont été créées : les classes P5 et P95, qui regroupent chacune 5 % des membres de la MC qui habitent, respectivement, dans les quartiers les plus pauvres et les plus riches.

Un certain nombre d'indicateurs de santé et d'utilisation des soins ont été utilisés pour mesurer comment l'état de santé et le recours aux soins diffèrent selon le niveau de revenu des 20 000 quartiers. L'information relative à ces indicateurs est présentée sous forme d'un indice standardisé², calculé pour chacune des classes décrites ci-dessus. Concrètement, ces indicateurs font référence à des événements liés à la santé et à l'utilisation des soins : être admis à l'hôpital, avoir eu recours à tels types de soins ou de médicaments, décéder, etc. La population de référence (correspondant à l'ensemble des membres potentiellement concernés par la problématique étudiée) pour un certain événement étant indiquée à la valeur 100, si la valeur de l'indice est de 130 pour cet événement et pour une certaine classe, cela signifie alors que le risque lié à cet événement est 30 % supérieur dans cette classe par rapport à la population de référence. La comparaison des indices des classes extrêmes donne une idée de l'ampleur des inégalités de santé.

¹ Service d'études de la MC.

² Les paramètres de standardisation sont l'âge, le sexe et la région.

Inégalités d'état de santé

La figure 1 présente notamment le **risque de décéder** (toutes causes confondues) au cours de l'année. On voit se dessiner un gradient : de gauche à droite du graphique, ce risque diminue régulièrement au fur et à mesure qu'on passe d'une classe à l'autre (évoluant des quartiers pauvres vers les quartiers riches). Ainsi, les personnes appartenant à la classe 1, regroupant les 10 % des membres vivant dans les quartiers les plus pauvres, présentent un risque de mortalité supérieur de 29 % (valeur de l'indice = 129) par rapport à l'ensemble des membres de la MC (c'est la population de référence). Par contre, les personnes appartenant à la classe 10, soit les 10 % des membres de la MC vivant dans les quartiers les plus riches, ont un risque de mortalité inférieur de 30 % (valeur de l'indice = 70) par rapport à la population de référence. Si on calcule l'écart relatif entre ces deux classes, on constate que le risque de décéder est accru de 84 % pour la population qui vit dans les quartiers pauvres par rapport à celle qui vit dans les quartiers riches. Cet écart relatif augmente à 97 % quand on compare les deux classes P5 et P95.

En termes de morbidité, on retrouve également des inégalités de grande ampleur. Le risque de souffrir de diabète est par exemple accru de 51 % pour la population vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) par rapport à la population vivant dans les quartiers riches (classe 10). Quand on compare les classes P5 et P95, ce même risque relatif est encore plus élevé : 60 %.

D'autres pathologies ont également été étudiées, ainsi que le fait de tomber en incapacité de travail, et les conclusions convergent : ce sont bien les populations plus pauvres qui sont davantage confrontées aux maladies graves et invalidantes.

Inégalités d'utilisation de soins de santé

Dans l'étude, l'utilisation des soins de santé est illustrée par une série d'indicateurs afférents à différents domaines : les dispositifs préventifs, les contacts de 1^{re} ligne, les soins hospitaliers et la santé mentale.

Le recours aux **soins hospitaliers** peut être considéré comme le reflet direct de l'état de santé dégradé dans les quartiers pauvres. Ainsi, on observe que les personnes vivant dans les quartiers pauvres (classe 1) présentent un risque accru de 23 % d'être admis en hôpital général (essentiellement les services de soins aigus) par rapport aux personnes de la classe 10 (voir figure 2). Cet écart relatif est de 26 % quand on compare les classes P5 et P95. Une autre façon d'accéder aux soins hospitaliers est de recourir au service d'urgence de l'hôpital. Le gradient observé est similaire et les écarts relatifs sont encore plus accentués : 39 % quand on compare la classe 1 à la classe 10 ; 44 % quand on compare la classe P5 à la classe P95.

En termes de **dispositifs de prévention**, il est frappant de constater que le sens du gradient est renversé. Cela traduit le fait que le recours à ces dispositifs est moins fréquent chez les populations pauvres et augmente quand on passe d'une classe à l'autre. On observe ainsi une différence en matière de recours aux soins dentaires préventifs : les personnes de la classe 1 ont 33 % de chance en moins d'y recourir que celles de la classe 10 (voir figure 2). Ce même écart relatif entre la classe P5 et P95 est de 37 %. Autre exemple : on constate que les femmes vivant dans les quartiers pauvres ont 20 % de chance en moins d'avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par rapport à celles vivant dans les quartiers riches (comparaison entre la classe 1 et 10). L'écart relatif entre les classes P5 et P95 est quant à lui de 25 %.

Figure 1 : Décéder, souffrir du diabète en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)

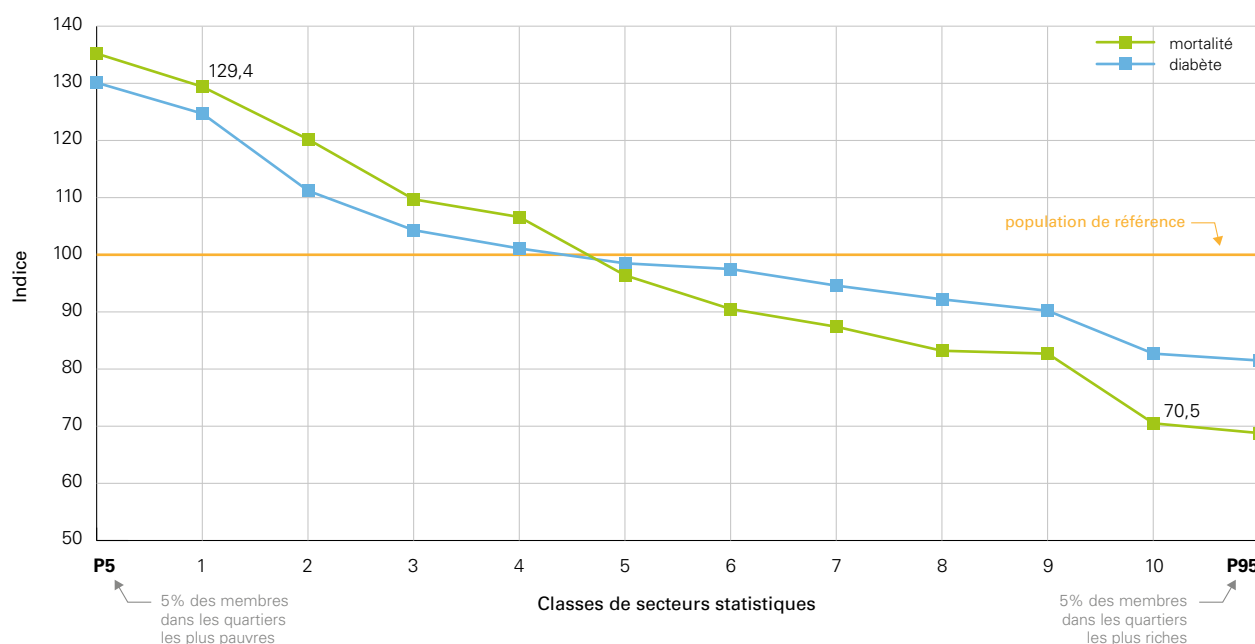


Figure 2 : Être admis en hôpital général, avoir recours aux urgences hospitalières et aux soins dentaires préventifs en fonction de la classe de secteurs statistiques (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)

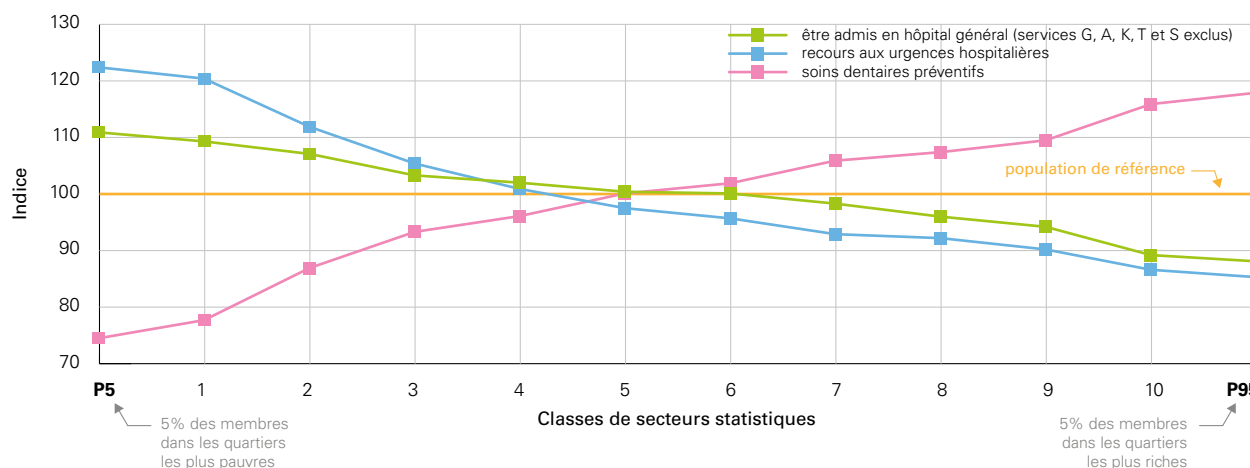
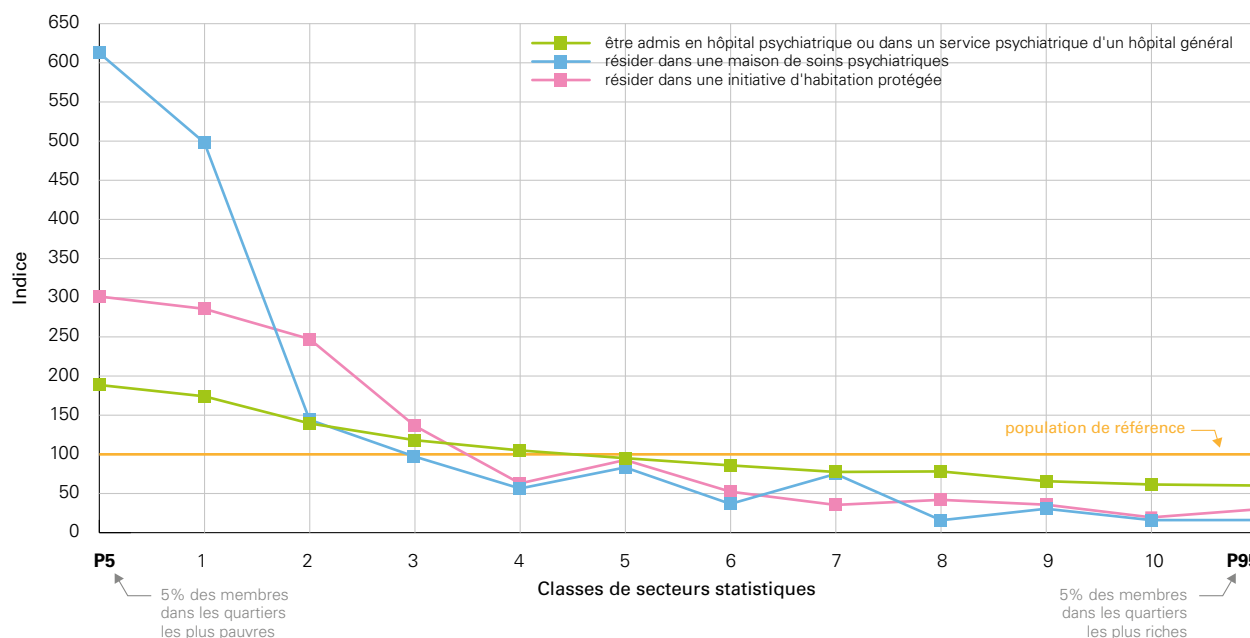


Figure 3 : Hospitalisations psychiatriques, séjours dans les maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées (Sources : STATBEL et Données MC, 2019)



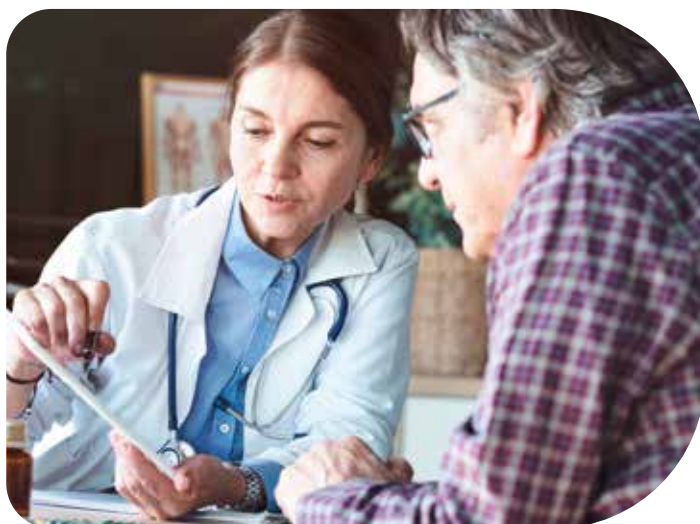
Pour les **contacts de 1^{re} ligne**, on n'observe pas de gradient important quant aux consultations au cabinet d'un-e médecin généraliste. En revanche, en ce qui concerne les maisons médicales – autre façon de bénéficier de la médecine générale sans devoir payer de ticket modérateur ou avancer le coût des soins – ce sont bien les personnes vivant dans les quartiers pauvres qui y sont davantage inscrites : l'écart relatif entre la classe 1 et 10 est massif et de l'ordre de 500 % (579 % quand on compare la classe P5 et P95).

En ce qui concerne la **santé mentale**, on observe un gradient clair et considérable pour trois types de soins qui peuvent être considérés comme « lourds », c'est-à-dire les hospitalisations psychiatriques, les séjours en maison de soins psychiatriques (MSP) et initiatives d'habitations protégées (IHP) (voir figure 3). Par rapport aux personnes de la

classe 10, celles de la classe 1 ont 2,8 fois plus de risque d'être hospitalisées en hôpital psychiatrique (ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général), soit un risque accru de 180 %, 14,7 fois plus de risque de séjourner en MSP et 31 fois plus de risque de résider en IHP.

La situation est plus contrastée quand on examine le recours aux consultations en santé mentale. En effet, le gradient des consultations psychologiques³ est en sens inverse de celui relatif aux consultations chez un-e psychiatre : plus on est riche et plus on a l'opportunité d'aller chez un-e psychologue, plus on est pauvre et plus on consulte le-la psychiatre. On observe également des gradients importants par rapport à l'utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques : plus on est pauvre et plus on a recours à ces médicaments.

3 La réforme des soins psychologiques a été implémentée au sein de l'assurance obligatoire soins de santé à partir de 2020. L'étude portant sur des données de 2019, le recours aux soins psychologiques est évalué à l'aide de données de l'assurance complémentaire de la MC, qui intervient pour ce type de soins.



Faire face aux inégalités

D'une façon générale, les caractéristiques des inégalités de santé sont les suivantes : à mesure que les revenus diminuent, l'état de santé se détériore, des soins lourds sont plus fréquemment utilisés, la prévention est moins opérante. Réduire ces inégalités devrait être un enjeu pour tous. En effet, elles ne sont pas une fatalité : elles ne sont en rien « naturelles » mais bien « produites » du fait qu'elles sont la résultante de toutes les autres inégalités auxquelles notre société est confrontée. Dès lors, compte tenu des multiples facteurs susceptibles d'influencer la santé, il est essentiel et nécessaire d'agir de façon conjointe dans divers domaines d'action comme les revenus, l'emploi, le logement, les conditions matérielles de vie, de travail, etc. Avec sa stratégie « la santé dans toutes les politiques » (Health in all policies), l'Organisation Mondiale de la Santé nous montre le chemin à suivre.

De plus, le principe de l'universalisme proportionné doit fonder cette action. C'est ce que recommande Marmot (chercheur britannique en épidémiologie et en santé publique) : « pour réduire la pente du gradient social en matière de santé, les actions doivent être universelles, mais d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles au niveau de désavantage. Une action plus intense sera probablement nécessaire pour les personnes défavorisées sur le plan économique et social, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème »⁴.

Enfin, l'objectivation des inégalités de santé permet de réfléchir aux implications concernant l'accès aux soins de santé. Améliorer cet accès nécessite une réflexion approfondie sur la façon dont l'offre de soins est organisée en fonction des besoins de la population. Le principe de l'universalisme proportionné peut, ici, également nous guider. L'accès aux soins doit être envisagé dans ses 4 dimensions :

1 La détection des besoins en soin (la sensibilité)

Il faut pouvoir mieux prendre en compte les besoins de soins accrus des personnes défavorisées, à commencer par une détection suffisamment précoce des problèmes de santé. Cela passe, entre autres, par la formation des prestataires de soins afin qu'ils-elles puissent mieux identifier les risques sociaux sur la santé, de façon à favoriser un dépistage et un suivi plus adapté. Mais il faut aussi sensibiliser les patient-es aux risques de santé afin d'éviter la sous-utilisation des soins de santé qui peut avoir d'autant plus de conséquences négatives pour les groupes les plus à risque. Ce qui est loin d'être évident, tant les difficultés au quotidien pour les groupes vulnérables détournent l'attention par rapport aux problèmes de santé.

2 La disponibilité des services de santé

L'existence d'inégalités de santé signifie aussi que les besoins en soins de santé sont inégalement répartis sur le territoire. L'offre de soins doit être dimensionnée de façon à assurer une disponibilité suffisante des services adéquats en fonction des besoins des populations locales.

3 L'accessibilité financière

Notre système de santé laisse trop de dépenses à charge des patients, ce qui induit un report de soins pour des raisons financières et des dépenses importantes susceptibles de déstabiliser le budget des ménages. Bien des efforts sont encore à faire ! Ces efforts ne doivent pas uniquement viser les publics les plus défavorisés financièrement mais il doit s'agir de mesures progressives pour s'adapter à la capacité à payer et aux différents niveaux de besoins de soins au sein de la population.

4 L'acceptabilité

Le but visé est le suivant : des soins acceptables pour tous, c'est-à-dire des prestations de soins délivrées avec le niveau minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent d'y recourir. Les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique doivent pouvoir bénéficier d'une écoute et d'une compréhension suffisante de la part des soignant-es afin que les soins et la façon de les délivrer soient adaptées aux situations personnelles.



Les résultats complets de l'étude sont disponibles en ligne sur le site de la MC à la rubrique « Santé & Société ».

Avalosse, H., Noirhomme, C., Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. Étude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC. Santé & Société, 4, 6-30.

https://www.mc.be/media/sante-et-societe-4-etude-inegaux-face-a-la-sante_tcm49-77065.pdf

⁴ Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Executive Summary*, p. 10

SATRAQ

Pour une réduction de la consommation d'alcool au quotidien

SATRAQ est un projet Interreg de 3 ans, lancé en 2020 et clos fin 2022. Son but ? Interroger nos habitudes de consommation d'alcool et agir en territoire transfrontalier pour une meilleure santé.

INITIATIVES

► DÉBORAH FLUSIN, MC

Une initiative transfrontalière

Le projet SATRAQ (signifiant *Sensibilisation et Action Transfrontalière pour une Réduction de la Consommation de l'Alcool au Quotidien*) a pour objectif de sensibiliser la population de part et d'autre de la frontière franco-belge à propos de sa consommation journalière d'alcool grâce à un message de santé identique en France et en Belgique, d'informer sur des accompagnements possibles en cas de consommation excessive et de renforcer les réseaux de professionnels présents sur le territoire transfrontalier. Il s'inscrit dans le programme transfrontalier Interreg V de coopération territoriale européenne (France-Wallonie-Vlaanderen).

En matière de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé et des addictions, les acteurs locaux utilisent déjà les possibilités de prise en charge sanitaire tels que les SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) ou les ZOAST (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) pour les coopérations inter hospitalières. Avec SATRAQ, l'enjeu était d'aller plus loin que les dispositifs actifs dans la prise en charge des addictions, en les complétant par une dynamique transfrontalière en prévention et en promotion de la santé. Le projet s'inscrit de part et d'autre de la frontière dans des politiques régionales : le WAPPS en Wallonie, la prévention des conduites addictives du Projet Régional de Santé 2018-2028 de l'Agence Régionale de Santé Grand-Est (sans parler de la relance par le gouvernement belge du « plan alcool »)

Les partenaires du projet

Le projet a ciblé les provinces du Hainaut, de Namur et de Luxembourg (Belgique) et en France, le département des Ardennes, les arrondissements de Reims (département de la Marne), d'Avesnes-sur-Helpe (département du Nord) et de Vervins (département de l'Aisne). Les opérateurs belges ont été le Centre d'Éducation du Patient asbl (CEP) et la Mutualité chrétienne (MC). En France, les partenaires ont été la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Ardennes (CPAM) et Addiction Champagne-Ardenne (ADDICA). Les partenaires associés ont été l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) (B), l'Hôpital psychiatrique de Bertrix (B) et l'Agence Régionale de Santé Grand-Est (ARS GE) (FR). La CPAM, la MC et le CEP avaient déjà travaillé ensemble sur un précédent projet Interreg encourageant une meilleure santé cardiovasculaire : le projet ICAPROS¹ (Instance de Coordination des Actions pour la Promotion en Santé franco-belge).

La population frontalière est en partie composée de travailleurs frontaliers (80 % des travailleurs français entrants en Belgique travaillent en province du Hainaut, Luxembourg et Namur, qui, elles, drainent 81 % des travailleurs belges frontaliers allant en France²). Cette population est moins susceptible de bénéficier des messages de prévention

¹ Voir « ICAPROS, prévenir les maladies cardiovasculaires en zone transfrontalière », Éducation Santé n°294 novembre 2013 www.educationsante.be.

² Source INAMI-chiffres de 2019.

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_travailleurs_frontaliers_2019.pdf

et des prises en charges organisées au niveau national, en raison de leur statut et de leurs habitudes transfrontalières notamment au niveau des soins de santé. Ces habitudes rejoignent le besoin de messages uniformes et de ressources pensées dans un espace de vie commun transfrontalier.

Les constats à l'origine de SATRAQ

La France et la Belgique font partie des pays où la morbidité liée aux consommations d'alcool est très élevée. Ainsi, en 2016, si l'Europe affiche une consommation de 9,8 litres d'alcool pur par habitant, en Belgique la consommation est de 12,1 litres contre 12,6 litres en France³. Responsable de 5 % et 7 % des décès en Belgique et en France, la consommation d'alcool y est la deuxième cause de mortalité évitable après le tabac. L'alcool a également un impact délétère sur 200 pathologies, atteintes et traumatismes (cancers, maladies cardiovasculaires, accidents, actes de violence...). Or, c'est aussi un produit socialement valorisé dans nos deux pays, ancré dans les habitudes de vie et associé à des moments de vie festifs (pot entre collègues, naissance, bon repas...). Ainsi, en Belgique comme en France, 10 % de la population boit de l'alcool tous les jours de la semaine et 40 % consomme une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine.

La situation sanitaire est préoccupante en zone frontalière couverte par SATRAQ. L'espérance de vie à la naissance y est plus basse que dans les autres régions de France et de Belgique. Cette mortalité prématurée est en partie imputable à l'alcool et au tabac. En effet, un certain nombre de pathologies ou accidents (liés à la consommation d'alcool) y sont fortement prévalents (cancer colorectal, des voies aérodigestives ou encore du sein, les maladies cardio-neurovasculaires, les suicides, les accidents de la circulation). La santé de la population pourrait donc être améliorée grâce à de meilleures habitudes de vie, dont la réduction des consommations de boissons alcoolisées.

En effet, les risques et les dommages sur la santé liés à cette consommation ne sont pas obligatoirement liés à la dépendance. On parle de « mésusage » (voir encadré). En Belgique, selon la SSMG (Société scientifique de médecine générale), près de 25 % des patients vus en consultation sont concernés par ce mésusage et 50 % des morts prématurées liées à l'alcool touchent des personnes non dépendantes. La population active et les plus de 65 ans sont particulièrement à risque.

Dans la pratique, les consommations excessives ne concernent pas uniquement les jeunes, qui sont souvent le public cible en matière de prévention concernant l'alcool. Leurs aînés boivent aussi parfois en excès, mais différem-

ment. Plus on avance en âge, plus on trouve de consommateurs quotidiens et moins de consommation excessive répartie sur un à deux jours de la semaine. Ainsi, moins de 4 % des Wallons de 31 à 45 ans boivent quotidiennement alors qu'ils sont plus de 14 % parmi les 46-60 ans⁴.

Selon les estimations de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), « ... quatre consommateurs d'alcool sur cinq réduiraient leur risque de décès, quelle qu'en soit la cause, s'ils réduisaient leur consommation d'alcool d'une unité par semaine. Il est donc largement possible d'améliorer le bien-être des consommateurs et de la société de façon générale, d'autant qu'on n'a jamais disposé de données aussi nombreuses ni aussi détaillées qu'aujourd'hui montrant l'ampleur des risques liés à l'usage nocif de l'alcool et l'efficacité des multiples mesures que les pouvoirs publics peuvent prendre pour en corriger les méfaits. ... »⁵.

Les repères de consommation 10/2/0

10 unités standards au maximum par semaine
2 verres standards par jour au maximum
Plusieurs jours d'abstinence par semaine.

Le mésusage débute quand on dépasse les repères 10/2/0 et/ou lors de n'importe quelle consommation dans certaines circonstances (enfance, grossesse, conduite de véhicule, maladie...).

Ces repères – ainsi que la définition du mésusage – ont fait l'objet d'une concertation des experts du comité scientifique du projet afin d'avoir un message unique sur l'espace transfrontalier.

Un projet innovant

Le projet SATRAQ cible les habitudes qui s'installent souvent insidieusement et représentent autant de facteurs de risque pour la santé (consommation d'alcool de plus en plus importante ou régulière, sédentarité...) chez les personnes chez qui une dépendance n'est pas encore installée. Par la sensibilisation, la formation, l'information, la mise à disposition d'outils, le projet vise à accompagner le changement de comportement, afin de favoriser la mise en place d'habitudes positives pour la santé.

Plus précisément, le projet s'est déployé sur plusieurs axes, présentés ci-dessous. Chacun d'entre eux a bénéficié

³ Source: World Health Organization, *Global status report on alcohol and health*, sept. 2018.

⁴ Source: L. Gisle. S. Demarest. S. Drieskens. Enquête de santé 2018: Consommation d'alcool. Bruxelles, Belgique: Sciensano.

⁵ OCDE, *Lutter contre la consommation nocive d'alcool: Politiques économiques et de santé publique*, 2015, p.15.



ficié de l'implication des acteurs locaux tels que les communes et provinces (BE), les mairies, communautés de communes (FR), les professionnels de santé (médecins généralistes principalement), les centres sociaux de proximité, les entreprises...

En se penchant sur le mésusage de consommation de boissons alcoolisées chez les personnes « en emploi », SATRAQ met en évidence des comportements de consommation courants, voire valorisés, à l'origine de problèmes réels mais qui sont « occultés », relégués par une banalisation culturelle des consommations. En réponse, le projet a développé une méthodologie et des outils mis à disposition en libre accès, à l'ensemble des acteurs professionnels et locaux, de part et d'autre de la frontière franco-belge.

Sensibiliser le public en améliorant la connaissance des risques pour la santé de la consommation d'alcool

Une campagne grand public et un slogan pour faire connaître les repères de consommation

Une campagne grand public a été menée autour d'un slogan : « Après 2 verres c'est... Non merci ! ». L'objectif principal de cette campagne est de faire connaître au

plus grand nombre les repères de consommation d'alcool (10/2/0) entraînant un moindre risque pour la santé.

La communication de masse représente un climat anonyme, où chacun peut ou non se reconnaître. En diffusant un même message par divers canaux (radios et TV locales, réseaux sociaux, affichage...) tant sur le versant français que belge, les opérateurs ont souhaité toucher le plus grand nombre via une communication cohérente et répétée. Des affichages sur des bus ont eu lieu en France. Des affiches, flyers et outils de prévention ont été conçus et distribués (près de 10 000 exemplaires) dans le cadre des diverses activités du projet.

Des animations en entreprise et en stands

Pour sensibiliser les personnes dans leurs lieux de vie, des animations en entreprises ont été mises en œuvre avec des services de médecine du travail. Les obligations liées à la situation sanitaire Covid lors du déploiement des actions du projet ont nécessité des adaptations : les animations sont devenues des expositions, moins contraignantes pour la vie et le rythme des entreprises. Pour être sur le terrain au plus proche des publics (jeunes, travailleurs ou seniors), les opérateurs ont aussi investi des forums, stands de prévention... L'important était d'être là : dans un marché à Revin (FR), lors d'animations vers les travailleurs de la Délégation territoriale des Ardennes (Agence régionale de santé) et d'entreprises privées à Charleville... Du côté belge, à Arlon, Libramont, Bastogne, Marche, Bertrix... les partenaires ont rencontré, toujours en animations, des bénévoles de la Mutualité chrétienne (MC), des étudiants de haute école et des collaborateurs du CESI⁶. Les interventions ont privilégié des formules interactives et ludiques favorisant le dialogue et la réflexion, via un jeu de questions-réponses autour de l'alcool et des fausses croyances, des exercices de mesure des unités standards ou des lunettes de simulation⁷. Des réglettes ou des verres doseurs ont été également distribués. Au total, 39 animations (23 en ateliers et 6 via des stands prévention) ont été organisées, touchant environ 1223 personnes.

Former les professionnels de la santé et du social à la question de la consommation d'alcool

Le problème est connu mais peu de professionnels, y compris les médecins généralistes, se sentent légitimes et compétents pour aborder le mésusage de l'alcool. Comment ouvrir le dialogue sur cette question « sensible », et, plus encore, que faire des réponses, vers qui référer au besoin ? Pour répondre à ces difficultés, des formations transfrontalières à la méthode du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) mêlant formateurs français et belges, ont été initiées. Elles ont permis de faire connaître les relais de proximité de part et d'autre de la frontière,

⁶ Le CESI, Service externe de prévention et de protection au travail belge, veille au bien-être des travailleurs des entreprises affiliées.

⁷ Ces lunettes permettent de sensibiliser, de manière ludique et pédagogique, aux effets néfastes de l'alcool en reproduisant les effets visuels perçus sous divers taux d'alcoolémie, de jour ou de nuit. Perte d'équilibre, vision floue... au moyen d'exercices d'habileté, les lunettes de simulation alcoolémie mettent en difficulté les utilisateurs en rendant leurs déplacements et leurs mouvements plus difficiles ou maladroits.



en créant aussi de nouveaux contacts. 15 professionnels de santé français et belges, formés en addictologie et à la méthode du RPIB, ont animé la partie théorique de ces formations. Le contenu des formations a aussi tenu compte des différents freins relevés lors de précédents déploiements du RPIB notamment en France. Pour renforcer la légitimité des professionnels à aborder la question des consommations, le projet SATRAQ a développé un micro-trottoir diffusé lors des formations⁸. Pour permettre une appropriation de la méthode, des mises en situations et jeux de rôle ont été mis sur pied, avec un comédien formé en addictologie, qui adaptait son intervention en fonction de la situation professionnelle de son interlocuteur, avec un débriefing collégial. Cette méthode a permis aux participants d'expérimenter les concepts présentés et de partager leurs connaissances. 35 formations ont été ainsi réalisées en Belgique et en France, avec des groupes aux profils professionnels multiples : médecins généralistes, médecins du travail, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs, aides-soignants, encadrants d'équipe, aides à domicile.... Cette pluridisciplinarité permet des échanges fructueux de ressources et de bonnes pratiques. Pour les formations, une évaluation à 6 mois montre que 80 % des répondants ont utilisé la méthode depuis leur formation, 60 % abordent plus régulièrement les consommations d'alcool avec leurs interlocuteurs et 58 % se sentent plus à l'aise pour aborder le sujet. Le projet SATRAQ démontre ainsi que les formations qu'il a

déployées ont un réel impact dans la durée, sur la pratique de la plupart des professionnels qui y ont participé.

Les perspectives

À l'issue du projet, sur base de la littérature scientifique, d'entretiens avec les acteurs de terrain et des évaluations des actions du projet, les partenaires ont créé une fiche thématique dans laquelle ils formulent trois grandes recommandations pour une politique de prévention plus efficace : sensibiliser le public, former les professionnels et adopter une stratégie européenne autour de l'alcool déclinable à l'échelle de chaque pays et qui ne soit pas que pour les jeunes. Bien que le projet soit clôturé, ADDICA continue à former les professionnels en France, et, en Wallonie, les animations en entreprise, les formations de professionnels se poursuivent en 2023 par le CEP et les synergies avec les référents hospitaliers (CHU UCL Namur, EpiCURA, Grand-Hôpital de Charleroi) permettent de continuer le travail de formation des professionnels.



Les outils de communication et de sensibilisation développés par SATRAQ sont disponibles en téléchargement gratuit sur le site www.preventionsante.eu.

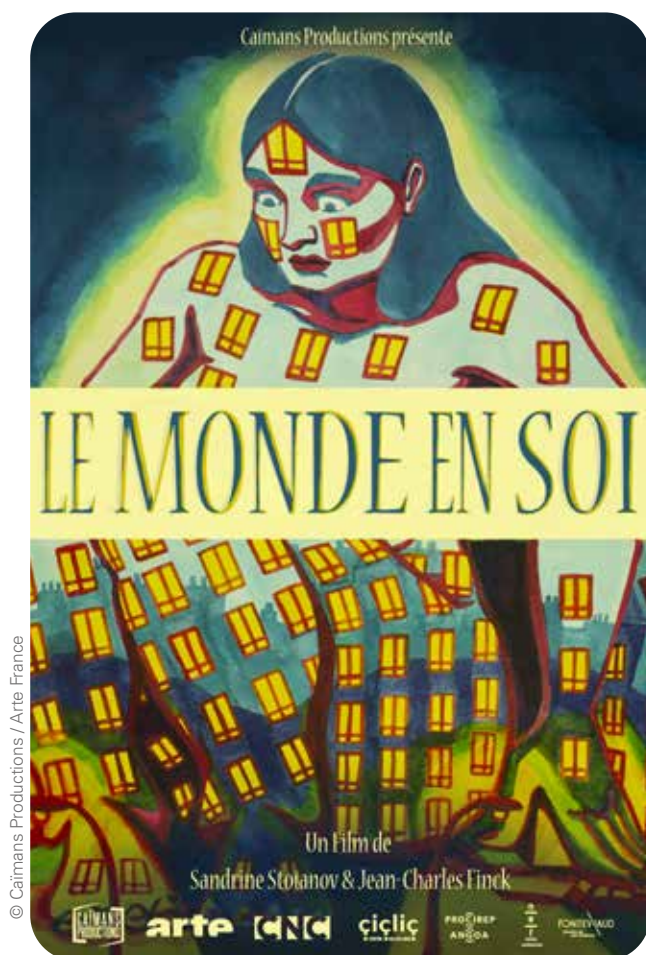
⁸ https://youtu.be/d7e6TA_MBw

Images Mentales : le retour

OUTILS

Les Rencontres Images Mentales, à l'Espace Delvaux, à Watermael-Boitsfort, en sont à leur quinzième édition. En 2020, c'était juste avant le premier confinement. En 2021, uniquement via Internet. En 2022, avec de sévères restrictions sanitaires (ce pourquoi je n'ai pu y faire écho dans ces pages : un masque et des lunettes, c'est pas pratique au cinéma). Cette année, ouf, on retrouve le plaisir du grand écran, des rencontres, des échanges. Coup d'oeil au programme 2023...

► ALAIN CHERBONNIER



C'est **Le Monde en soi** (18', France, 2020), de Sandrine Stoianov et Jean-Charles Finck, qui ouvre le programme, et ce film d'animation est un premier coup de cœur... Une jeune peintre sort de chez elle. On la voit faire des croquis de passants à la terrasse d'un café. Quand le galeriste chez qui elle se présente découvre son travail, il est enthousiaste mais lui demande aussi « de grands dessins ». Elle se met à l'œuvre et se donne à fond. Une scène onirique la montre

dansant pour réaliser ses toiles, tout son corps peint, ses cheveux deviennent pinceaux. Quand il voit le résultat, le galeriste s'exclame : « C'est une mise à nu, dans tous les sens du terme ! » Une exposition est programmée. Mais l'artiste s'est littéralement tuée au travail, psychologiquement parlant. Elle perd pied, comme le montrent des scènes qui peuvent rappeler les peintures et dessins psyché-pop de la seconde moitié des années 60, mais on pense aussi à certains romans graphiques contemporains.

Elle se retrouve à l'hôpital, en noir et blanc. Seul l'extérieur coloré dit la vie, la nature : le passage du temps se manifeste par les changements de la ramure de l'arbre qu'elle voit par la fenêtre de sa chambre. Mais voici qu'un écureuil lui laisse une noisette en présent, sur l'appui de la fenêtre. Il reviendra plusieurs fois avec une offrande, commençant à lui rendre des couleurs : elle rosit. Puis, à la cantine de l'hôpital, un inconnu lui donne, avec un clin d'œil, une petite boîte d'aquarelle. Elle peint le portrait de l'homme avec le doigt, trempant celui-ci dans le verre d'eau avec lequel elle avale habituellement ses médicaments. Plus tard, à l'occasion du vernissage, le galeriste lui enverra une boîte de couleurs plus complète et des pinceaux. Elle finira par couvrir de ses aquarelles les murs de sa chambre. Et par retrouver le dehors.

Un film chatoyant, poétique, qui a aussi été présenté au festival Anima et dans maints autres lieux.

Le point de départ de **Club 55** (29', Belgique, 2022) est le suivant : dans le contexte d'un confinement, des gens se réunissent dans une maison avec jardin et décident de faire un film de science-fiction. Dans la vie, les personnes qui participent à ce centre de loisirs de L'Équipe (réseau de psychiatrie sociale, Anderlecht) ont des parcours très différents : abus de drogues, harcèlement raciste au travail, bipolarité... Mais ici on ne les réduit pas à une étiquette,

l'une d'entre elles dira : « *Les plus belles personnes que j'ai rencontrées, c'est dans des centres. Ils ont souffert et ils ne font pas semblant.* » Et un autre : « *S'extérioriser, communiquer, passer des moments avec des gens, c'est ça qui compte.* »

Les feedbacks des participants sont à voir par toute personne doutant de l'intérêt de la démarche des ateliers créatifs – ici, la vidéo – ou, plus largement, par qui se fait une idée toute faite des troubles de santé mentale. Les effets bénéfiques sont ici manifestes. Sans occulter la souffrance psychique, le film veut donner une image positive, il y a de l'humour, des rires. Quelqu'un cite Cibely Ayres Silva, la coordinatrice du Club 55 : « *On peut tomber malade, mais on peut guérir.* » Ce qui entre en résonance avec le film précédent.

Discussion : est-ce un documentaire sur un film d'atelier (dont on ne verra que des extraits) ? Au départ, il y a le dixième anniversaire du Club 55 et un appel d'offres. L'offre retenue se veut plus originale qu'un film de promotion. Paul Vincent de Lestrade, un des réalisateurs (l'autre étant Dorian Rivière), dira : « *On a fait un film dans le film, le tournage d'un tournage.* »

Un quatuor de films d'ateliers

Ils sont peu nombreux cette année mais la qualité est au rendez-vous. **Mosaïques de shortcoms** (15') déroule une succession de sketches drôlatiques, réjouissante mise en boîte d'idées reçues et satire des services d'aide téléphonique, le fil rouge étant un « service après-vente » auquel s'adresse un appelant littéralement intarissable !

Le Centre Alba (La Louvière) est un service de rééducation fonctionnelle, c'est-à-dire un centre ouvert doté de missions comme la remise à l'emploi. La prise en charge va d'un an et demi à deux ans. Divers ateliers sont proposés, dont un atelier vidéo. Pour ces « shortcoms » (un mot trouvé sur le Net), le groupe a commencé par un brainstorming, puis tout le monde a participé à toutes les étapes, mais chacun/e a pu choisir sa place, devant ou derrière la caméra, à l'écriture, etc.

L'Heure Atelier est un centre d'expression et de créativité situé au sein du SSM La Gerbe (Schaerbeek). Chaque année, un thème est choisi : en 2022, c'était la réclame publicitaire. Dans **Poly le pro-pot** (6'), de courtes saynètes vont vanter les avantages d'un objet polyvalent, tantôt aquarium ou tambour, tantôt siège ou cache-pot. Moralité : pas la peine d'acheter toute une diversité d'objets différents. Et le slogan : « POLY, tant de pot-en-ciel ! » ... Simplicité et légèreté sont les atouts de cette anti-pub.

C'est le 21 juillet, et le JT propose une émission spéciale : le Roi va prendre la parole. Oui mais... tous les personnages sont « joués » par des figurines fixes d'animaux ! Et le discours royal est perturbé par une manif en faveur des

phoques pilotée par Brigitte Bardot. Puis la Foire du Midi connaît un incendie surprise, peut-être causé par une cigarette mal éteinte de Jacques Brel ressuscité. Là-dessus survient la mort d'Élisabeth II, et enfin un vol belge dans l'espace réunit Marie Curie, Thomas Pesquet et Sandra (Kim ?) en mélangeant images d'archives et figurines sur fond de décors crayonnés !

Circus TV (14'), réalisation du Code, centre thérapeutique de jour de L'Équipe, a un aspect bricolé, loufoque, irrévérencieux, surréaliste « à la belge ». Le processus de production s'est étalé sur un an, en collaboration avec les ateliers d'écriture et de dessin. Le côté purement ludique a de toute évidence été très important : « on s'est bien amusés ! » revient dans les échanges qui suivent la projection.

Making of : lors d'une discussion préparatoire, il est question d'un léopard. Lou, une des animatrices, en sort un de son sac, à la surprise des autres ! Elle collectionne ces figurines, et il apparaît ensuite que l'autre animatrice, Karen, en fait autant... Du rôle du hasard dans la création.

Avec **La main de la morte** (5', SSM de Saint-Gilles), on change complètement de registre. C'est du noir et blanc et s'il y a de l'humour, il est très noir. La souffrance ne se combat pas que par le rire... Après que son amie est sortie, une jeune femme se met à la danse, mais elle est interrompue par des bruits bizarres venant on ne sait d'où, son magnétophone disjoncte à plusieurs reprises ; elle veut écrire mais, là encore, des sons inquiétants, des voix se font entendre. Elle prend la fuite et se réfugie dans la salle de douche, mais la paume d'une main se plaque sur la petite fenêtre. C'est Rebecca, son ex, qui n'accepte pas la séparation et veut la récupérer ! Puis on voit le cameraman et la réalisatrice, prêts à remballer, mais on entend des cris, effarés les deux se précipitent... The end.

Making of : les deux actrices-scénaristes sont très vite parties vers le cinéma d'horreur ; or Carole, la réalisatrice, faisait elle-même ce genre de films. Le tournage a été très dense, de l'ordre de 4 heures par jour pendant une semaine. Les deux actrices, qui ne se connaissaient pas, ont donc dû « se jeter à l'eau ». Et maintenant, elles sont amies... Du rôle du casting dans l'amitié.

Un trio de moyens métrages

Ces trois films ont un point commun : une maman qui perd pied. Mais l'intensité et la gravité de la maladie ne sont pas les mêmes. Et la forme aussi varie considérablement, même si la situation est chaque fois appréhendée par le regard d'un/e enfant. Ça commence par **Maman pleut des cordes** (26', France, 2021) un deuxième film d'animation et, pour moi, un deuxième coup de cœur. Jeanne, 8 ans, est envoyée à la campagne chez sa mémé parce que sa maman doit « se reposer ». Elle n'est pas contente, Jeanne, mais alors pas du tout. Il faut dire que, venant de la ville, elle atterrit au Hameau de l'Enfer, au milieu des frimas. En se promenant dans le bois, elle fait une chute



sous la pluie et se retrouve nez à nez avec... un Géant, peut-être un Ogre ! Heureusement, il s'avère que Cloclo, s'il est gigantesque, est tout à fait inoffensif, et que c'est un copain de Mémé, la reine de la tarte à l'oignon. Jeanne rencontre d'autres enfants et se dégèle progressivement, se désurbanise aussi. Mais Mémé lui fait comprendre que sa mère est malade, pas juste fatiguée. Suite à l'écran. Sachez seulement que, pour arriver au happy end dans la maison de repos, une épingle à cheveux en forme de cœur jouera un rôle non négligeable et que Cloclo devra recourir aux bottes de sept lieues...

Un film délicieux, touchant, drôle, aux couleurs magnifiques, qui revisite des motifs du conte classique. Pour tous les âges ! Un livret d'activités est disponible sur www.lesfilmsdupreau.com.

Réalisation : Hugo de Faucompret. Co-auteurice : Lison d'Andréa. Compositeur : Pablo Pico. Avec les voix de Yolande Moreau, Céline Sallette et Arthur H.

Dans **Un jour viendra** (29', France, 2020), de Nicolas Cazalé, le décor est tout différent : urbain, impersonnel, aux couleurs froides. Audrey retrouve son fils Luca, qui vit désormais avec son père. Le divorce des parents est en cours, et on comprend vite qu'Audrey a fait un séjour en hôpital psychiatrique. Elle est toujours sujette à des crises d'angoisse et Luca se rend compte, selon ses propres termes, qu'elle est « bizarre ». Inquiétante ambiguïté : Audrey l'encourage à « sauter » à trottinette d'une certaine hauteur, et on se demande ce que cela cache car il exprime sa peur... ouf, il ne s'agit que du départ d'une longue piste sinueuse conçue pour cela, et il crie sa joie !

Mais Luca a fait sortir la perruche qui se trouve dans une cage, sur la terrasse. La tension culmine lors d'une sortie en barque sur un lac : Audrey décide tout à coup qu'elle a besoin de fraîcheur et se jette à l'eau. Luca est effrayé mais, lorsqu'elle émerge, c'est elle qui panique, parce qu'elle ne le voit plus dans la barque. En fait, il est à moitié immergé et accroché au bordage. Quand elle le découvre, il s'engage entre eux une lutte violente. Elle veut le faire remonter dans la barque manu militari mais c'est à nouveau très ambigu.

Un film perturbant et qui m'a laissé perplexe. La perruche revient de temps en temps sur sa cage (et non plus dedans) : symbole ?...

Perturbant aussi, même s'il provoque le rire à certains moments et si j'ai mieux saisi le propos, **Trois grains de gros sel** (26', France, 2022), signé Ingrid Chikhaoui, se situe en milieu rural. Deux sœurs, Elsa, 5 ans, et Judith, 8 ans, sont seules à la maison. Par curiosité, la cadette avale quelques grains de gros sel et sa sœur lui prédit qu'elle est dès lors condamnée à mourir par dessèchement ! Mi-dubitative, mi-inquiète, Elsa téléphone à la grand-mère, infirmière, mais celle-ci ne prend pas l'affaire au sérieux. Au bout d'un temps, les fillettes cherchent leur mère. Qui surgit tout à coup en brandissant le cadavre du coq du voisin, qui la réveillait trop tôt tous les matins ! Après l'avoir plumé, elle se met à le découper et le vider sous le regard intéressé des fillettes. Elle finit le travail torse nu, barbouillée du sang de l'animal. Cette atmosphère de jeu dangereux et de transgression trouve son point culminant quand Elsa, inquiète, essaie d'appeler à nouveau sa grand-mère. Dispute entre les deux sœurs autour du téléphone car on n'est pas censée « cafter ». La mère surgit à nouveau, cette fois armée d'un arc ! Elle menace sa fille : « qu'est-ce qu'on dit ! ? » Elsa n'a pas peur mais hésite, et il faut que sa sœur lui souffle la bonne réponse : « pardon »...



Frédérique Van Leuven, psychiatre, loue l'intensité, la justesse et la force du film : « *c'est une fiction qui dit la vérité* ». Ingrid Chikhaoui : « *L'idée du film est venue quand j'ai eu des enfants. Des souvenirs sont revenus à ce moment : les trois grains de gros sel, cela s'est joué entre ma sœur et moi. J'avais un père bipolaire, et je me souviens d'une crise maniaque très violente. Le personnage du père a été transformé en mère parce que je n'avais pas envie de filmer une violence masculine.* » Les personnages ont été travaillés avec Manue Fleytoux, qui joue la mère : « *Dès l'écriture, on a pris le parti de privilégier le regard des deux enfants. Elles n'ont pas peur de leur mère, pour elles c'est tuer le coq qui est la grosse bêtise ! Elles ne comprennent d'ailleurs pas pourquoi on emmène leur mère à la fin.* » Manue : « *Pour moi, il est beaucoup question d'amour dans ce scénario. Il y a de l'amour entre ces trois-là... Je suis allée chercher chez moi ce qui pouvait trembler.* »

À la question classique de la direction d'enfants, Ingrid répond : « *Il faut que les enfants sentent que la parole est libre, il faut qu'ils puissent dire non, ce qui est d'ailleurs arrivé dès le casting : l'une d'elles a refusé de jouer la scène proposée, elle en préférait une autre.* » Manue : « *Elles étaient très conscientes que c'était un jeu. Et elles étaient préservées ; leurs mamans étaient sur le tournage, elles pouvaient aller les retrouver quand elles en avaient envie.* »

À suivre...¹



Pour en savoir plus sur les Rencontres Images Mentales :
<https://www.psymages.be/images-mentales>

¹ La suite de cet article vous sera proposée le mois prochain.

Oh'ISS et Pas d'ISS : Mieux comprendre les inégalités sociales de santé

► OUTILTHÈQUE PIPSA

Description selon l'éditeur

Matériel

Guide d'animation (PDF) présentant les deux outils
 « Oh'ISS » et « Pas d'ISS »

Matériel Oh'ISS :

- 24 cartes situations + une bibliographie
- 8 fiches "Mon personnage"
- Des chevaux

Matériel Pas d'ISS :

- 17 cartes personnages
- Une liste d'affirmations

Tout le matériel est téléchargeable sur le site de l'éditeur :
<https://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=1654>.

OUTILS

Concept

La réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de la promotion de la santé. Comprendre l'impact des inégalités sociales sur les déterminants de santé est essentiel pour agir.

Cet outil propose deux outils d'animation pour favoriser cette appropriation lors d'animations auprès de professionnels ou étudiants. Elles mobilisent une approche basée sur l'expérience.

En fonction des objectifs et du contexte de l'animateur, le guide d'animation permet de choisir parmi ces deux outils lequel est le plus adapté.



© IREPS Auvergne Rhône-Alpes

L'AVIS DE PIPSc

Appréciation globale

Cet outil d'animation à la thématique actuelle particulièrement pertinente en promotion de la santé, suscite la réflexion à partir d'un processus pédagogique efficace, simple et court. Facile à prendre en main, il s'adresse à tout professionnel souhaitant sensibiliser son public aux ISS. Selon son niveau d'information dans cette thématique, l'utilisateur devra peut-être consacrer du temps à la lecture/documentation (nombreuses sources fournies) s'il désire illustrer l'un ou l'autre aspect des ISS.

L'outil aide à identifier où se situent, concrètement, les ISS au quotidien, à partir de données objectivées. L'expérience proposée aide le public à réfléchir, à partir de son ressenti, ses représentations et son positionnement par rapport au public. Il aide à sortir du "yaka/faukon", mais pourrait fragiliser les professionnels s'ils restaient dans un sentiment d'impuissance.

L'animateur veillera à proposer des ressources pour identifier des pistes pour mieux agir.

Accessibilité maximale grâce au téléchargement gratuit.

Objectifs

- Prendre conscience de ses représentations relatives aux ISS et leur influence sur sa (future) pratique professionnelle.
- Comprendre comment les ISS impactent concrètement le quotidien des publics.
- Prendre conscience de l'impact des ISS sur la santé.

Public cible

À partir de 16 ans (étudiants et (futurs) professionnels psychomédicosociaux).

Intéressant aussi être pour les intervenants de première ligne dans des quartiers fragilisés/sensibles.

Utilisation conseillée

- Suivre les propositions du promoteur
- Se préparer à faire face à un possible sentiment d'impuissance

Points forts

Pertinence, accessibilité, facilité d'appropriation, efficacité du procédé pédagogique, ressources sourcées

Points d'attention

Éviter de rester dans le sentiment d'impuissance.

i

Où trouver l'outil ?

► Chez l'éditeur

IREPS Auvergne Rhône-Alpes
62 cours Albert Thomas
69008 Lyon
France
+33 (0)4 72 00 55 70
contact@ireps-ara.org
http://www.ireps-ara.org

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

