

Améliorer la prévention des traumatismes chez l'enfant

Plus de 2.000 enfants meurent chaque jour des suites de traumatismes involontaires et au moins la moitié d'entre eux pourraient être sauvés.

Selon un récent rapport publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, plus de 2.000 enfants meurent chaque jour des suites de traumatismes involontaires ou accidentels et chaque année, des dizaines de milliers d'autres sont hospitalisés pour des blessures qui les laissent souvent handicapés à vie. Le *Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant* établit le premier bilan mondial des traumatismes involontaires touchant des enfants et prescrit des mesures préventives. Il conclut que si des mesures de prévention étaient adoptées partout, au moins 1.000 vies d'enfants par jour pourraient être épargnées chaque année.

« Les traumatismes des enfants constituent un important problème de santé publique et de développement. Outre les 830.000 décès annuels, des millions d'enfants souffrent de traumatismes non mortels qui nécessitent souvent une longue hospitalisation et une réadaptation longue elle aussi », a déclaré le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS. « Le coût d'un tel traitement peut plonger une famille entière dans la pauvreté. C'est dans les familles et les collectivités les plus pauvres que le risque de traumatisme est le plus grand pour les enfants, car ils y ont moins de chance de profiter de programmes de prévention et de services de santé de qualité. »

« Ce rapport est le fruit de la collaboration de plus de 180 experts de toutes les régions du monde », a souligné la Directrice générale de l'UNICEF, Ann M. Veneman. « Il révèle que les traumatismes involontaires constituent la principale cause de décès d'enfants après l'âge de neuf ans et que 95% de ces traumatismes se produisent dans des pays en développement. Il faut faire davantage pour protéger les enfants. »

L'Afrique connaît le taux le plus élevé de décès des suites de traumatismes involontaires. Le rapport révèle qu'il est dix fois plus élevé en Afrique que dans des pays à revenu élevé d'Europe et du Pacifique occidental comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, où les taux de traumatismes des enfants sont les plus bas. Le rapport indique toutefois que même si de nombreux pays à revenu élevé ont été en mesure de réduire de près de 50% le nombre des décès des suites de traumatismes chez les enfants au cours des trente dernières années, le problème subsiste chez eux aussi, puisque les traumatismes involontaires y sont responsables de 40% de tous les décès d'enfants.

Selon le rapport, les cinq principales causes de décès par traumatisme sont :

- **les accidents de la route** : ils tuent 260.000 enfants par an et en blessent environ 10 millions. Ils constituent la principale cause de décès parmi les 10-19 ans et une cause importante d'infirmité ;
- **les noyades** : elles tuent plus de 175.000 enfants par an. Chaque année près de 3 millions d'enfants échappent de justesse à la noyade. En raison des lésions qu'elles peuvent provoquer au cerveau de certains survivants, les noyades manquées laissent les séquelles les plus durables. De tous les types de traumatismes, ce sont celles qui ont le plus grand impact économique ;
- **les brûlures** : les brûlures dues au feu tuent près de 96.000 enfants par an et le taux de décès est onze fois plus élevé dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé ;
- **les chutes** : près de 47.000 enfants sont victimes de chutes mortelles chaque année, mais des centaines de milliers d'autres subissent des traumatismes moins graves à la suite de chutes ;
- **les intoxications** : plus de 45.000 enfants meurent chaque année des suites d'intoxications accidentelles.

« Des améliorations sont possibles dans tous les pays », assure le Dr Etienne Krug, directeur à l'OMS du département *Prévention de la violence et des traumatismes et handicap*. « Quand un enfant reste défiguré par une brûlure, paralysé à la suite d'une chute, handicapé cérébral pour avoir échappé à la noyade ou traumatisé par un accident grave de ce genre, des répercussions peuvent se faire sentir pendant toute sa vie. De telles tragédies sont inutiles. Nous en savons assez sur ce qui marche : une série de programmes de prévention bien connus devraient être mis en œuvre dans tous les pays. »

La rapport donne une idée des effets que peuvent avoir des mesures de prévention éprouvées. Il s'agit notamment de lois relatives aux ceintures de sécurité et aux casques adaptés aux enfants ; à la régulation de la température des robinets d'eau chaude ; aux dispositifs de fermeture de sécurité pour les flacons de médicaments ; aux briquets et aux récipients contenant des produits d'entretien ; aux voies de circulation séparées pour les motocyclettes et les vélos ; à l'évacuation du trop plein d'eau des baignoires et des seaux ; au réaménagement des crèches, à la transformation des jouets et des terrains de jeu, ainsi qu'au renforcement des services de soins médicaux d'urgence et de réadaptation.

Il énumère aussi les mesures à éviter ou qui ne sont pas assez étayées par des faits pour pouvoir être recommandées. Il conclut par exemple que le conditionnement en plaquettes thermoformées n'est sans doute pas assez résistant pour les enfants ; que les coussins gonflables de sécurité des sièges avant d'une voiture peuvent être dangereux pour les enfants de moins de 13 ans ; que le beurre, le sucre, l'huile et d'autres remèdes traditionnels ne doivent pas être utilisés pour traiter les brûlures et que les campagnes d'éducation ne réduisent pas à elles seules le nombre des noyades.

Pour en savoir plus :

Le *Rapport sur la prévention des traumatismes chez l'enfant* et tous les documents connexes sont accessibles sur le site de l'OMS :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Summary_french.pdf

Informations complémentaires :

Educa-Santé
Avenue Général Michel, 1b
6000 Charleroi
Tél. : 071 30 14 48
Fax : 071 31 82 11
E-mail : doc@educasante.org
Site : www.educasante.org

La sécurité routière expliquée aux Ados

Les dernières statistiques belges transmises par l'IBSR restent préoccupantes chez les jeunes de moins de 25 ans. En 2007, on note que :

- 23.028 jeunes ont été victimes d'un accident de la route ce qui représente environ un tiers du total des victimes sur l'année ;
- 29% des jeunes victimes d'un accident le sont en tant que cyclomotoristes et 26% en tant que passagers de voiture ;
- 46% des cyclomotoristes décédés des suites d'un accident de la route ont moins de 25 ans. En Belgique, environ 1 accident sur 8 implique un cyclomoteur ;
- 18% des cyclistes et 37% des piétons victimes d'un accident de la route ont moins de 25 ans.

Eduquer les jeunes à la sécurité routière reste donc un enjeu majeur en matière de prévention des traumatismes.

CODE S, une séquence sur la sécurité routière

Cette séquence, appelée « Code S », comme Code de Sécurité, propose de mieux connaître certains codes pour circuler en rue. Actuellement, ces codes sont déchiffrés chaque mercredi vers 17h pour les 12-16 ans sur la chaîne de télévision Club RTL. Dans chaque séquence, Tom, le présentateur, donne des conseils pour se déplacer avec un maximum de sécurité. Il n'hésite pas à montrer comment il procède quand il se déplace en scooter, à pied, à vélo, en voiture ou en transports en commun. Il lui arrive aussi d'analyser des accidents ou des situations dangereuses en partant du point de vue de chaque personne impliquée. Bref, une façon sympathique et inhabituelle pour communiquer efficacement des messages de prévention en 3 minutes.

Les séquences sont réparties en fonction des différents moyens de déplacement, soit en tant que :

- cyclomoteur ;
- passager de voiture ;
- cycliste ;
- piéton ;
- usager des transports en commun et car.

D'autres séquences abordent également la circulation de manière plus générale.

Depuis le mois d'octobre, des séquences « Code S » peuvent également être visionnées sur le site www.clubrtl.be/codes. Deux compilations des meilleures séquences sont disponibles en DVD accompagnées d'une brochure pédagogique. Celles-ci peuvent être commandées sur le site de l'IBSR (www.ibsr.be – rubrique Publications & Matériel).

Informations complémentaires :

Educa-Santé
Avenue Général Michel, 1b
6000 Charleroi
Tél. : 071 30 14 48
Fax : 071 31 82 11
E-mail : doc@educasante.org
Site : www.educasante.org

La prévention du suicide en débat

Le 5 février dernier s'est déroulée la journée nationale de prévention du suicide, une occasion de rappeler que le suicide demeure un problème majeur de santé publique. En effet, en Belgique, environ 2000 personnes se suicident chaque année (taux de 20/100.000 habitants), soit une situation plus dramatique que dans les autres pays européens, car le taux standardisé moyen européen est de 11,1/100.000.

Une proposition de résolution en Communauté française

S'appuyant largement sur le rapport d'étude « Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique » réalisé en 2006 dans le cadre du programme quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité de la Communauté française de Belgique, un rapport d'expertise introductif intitulé « La prévention du suicide en Communauté française de Belgique » a été préparé par Christiane Bontemps (IWSM¹) et Christelle Senterre (ESP-ULB) à la demande de plusieurs membres du Parlement de la Communauté française.

À partir de ces travaux, un débat a eu lieu le 16 septembre 2008 au sein du Parlement de la Communauté française et a abouti à une proposition de résolution visant à optimiser les mesures de prévention du suicide en Communauté française, cosignée par les quatre partis démocratiques.

Les priorités pour une politique de prévention du suicide en Communauté française

En Belgique, la prévention du suicide ressort des compétences des différents niveaux de pouvoir et de la responsabilité de nombreux acteurs. Un constat : de nombreuses initiatives ont déjà été mises en place à Bruxelles et en Wallonie, mais elles ne sont pas coordonnées et elles ne reposent pas sur des données utiles, qui sont rares dans notre pays.

C'est pourquoi, le Parlement a mis en évidence dans sa proposition de résolution différents points : la coordination des politiques et des acteurs, la nécessité de bien connaître le phénomène et les solutions possibles, la valorisation des initiatives existantes, le soutien et la sensibilisation des intervenants, l'accès aux soins, l'information du public... C'est dire combien il reste encore à faire dans ce domaine.

Le suicide au Québec : les tendances récentes

Les données de mortalité par suicide proviennent du fichier des décès du registre des événements démographiques de l'Institut de la statistique du Québec et l'information sur les causes et les circonstances des décès de la banque de données du bureau du coroner. Les données de 2007 doivent encore être considérées comme provisoires.

Des différentes analyses effectuées depuis plusieurs années, on peut affirmer aujourd'hui que les données québécoises officielles sur le suicide sont valides et fiables et que contrairement à d'autres pays, le Québec échappe à la sous-déclaration.

Selon les données disponibles, 1.091 personnes « se sont enlevées la vie » au Québec en 2007, dont 858 hommes et 232 femmes. Cela équivaut à un taux de 14 décès par 100.000 personnes. Depuis le sommet de 22 décès par 100.000 personnes atteint en 1999, le taux de suicide diminue en moyenne de 4,1% par année au Québec.

Le taux de mortalité chez les hommes (22,3/100.000 en 2007) est supérieur à celui constaté chez les femmes

¹ Institut Wallon pour la Santé Mentale.

(5,8/100.000 en 2007). La diminution moyenne pour les hommes est de 4,5% par année. Bien qu'une baisse significative est constatée pour chacun des groupes d'âge, la diminution la plus importante est enregistrée chez les adolescents entre 15 et 19 ans (diminution moyenne annuelle de 11,8 %) et les jeunes hommes entre 20 et 34 ans (diminution moyenne annuelle de 6,9 %). Du côté des femmes, la baisse annuelle moyenne est plus importante chez les adolescentes (6%) que chez les femmes âgées entre 20 et 49 ans (4 à 5%).

C'est parmi les personnes de plus de 50 ans, que la diminution est la moins importante. En effet, chez les hommes entre 50 et 65 ans, on observe une faible diminution annuelle moyenne de 1,7%, alors que chez ceux de plus de 65 ans, cette diminution est d'environ 4%. Par ailleurs, chez les femmes entre 50 et 64 ans et 65 ans et plus, il n'y a pas de baisse significative et la variation annuelle moyenne (non significative) serait même à la hausse dans la première catégorie (1,5%).

La réduction progressive, entre les années 1981 et 2007, de l'importance considérable du groupe des 20-34 ans est expliquée par certains comme le résultat de la politique menée auprès des jeunes québécois et leur insertion profonde dans la société québécoise. La question de la cohésion sociale et de la solidarité est à nouveau soulevée et prend tout son sens dans cette période de crises économique et financière mondiales.

Les documents suivants peuvent être obtenus chez Educa Santé :

- « Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française », rapport de recherche, Christelle Senterre (Esp-ULB), Martine Bantuelle (Educa Santé) et Alain Levêque (Esp-ULB), Bruxelles, Septembre 2005.

- « La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007 », Mathieu Gagné et Danielle Saint Laurent (Inspq), Québec, 1^{er} trimestre 2009, www.inspq.qc.ca

Informations complémentaires :

Educa Santé
Avenue Général Michel, 1b
6000 Charleroi
Tél. : 071 30 14 48
Fax : 071 31 82 11
E-mail : doc@educasante.org
Site : www.educasante.org

Annonces :

- À voir jusqu'au 27 mars 2009 dans l'Espace 27 Septembre du Ministère de la Communauté française, Bld Léopold II, 44, 1080 Bruxelles, l'exposition réalisée par la Cité des Sciences à Paris : « Le suicide en face » présentée par le Centre de prévention du suicide et le Cal de Namur. Accès libre et gratuit du lundi au vendredi de 8 à 18 heures.

- Le 8^{ème} séminaire international francophone de promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes se déroulera à Montréal du 20 au 22 mai 2009. www.inspq.qc.ca/seminairetraumatismes

L'influence de la ventilation des habitations sur les problèmes respiratoires

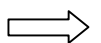
Au Québec, la « Loi sur la santé publique » stipule que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit agir à titre de conseiller du gouvernement en matière de politiques favorables à la santé. C'est pourquoi, étant donné que les problèmes de santé causés par l'insuffisance de ventilation de l'espace intérieur habité sont souvent évoqués, mais que ces allégations sont rarement étayées par des données fiables, il s'est avéré essentiel d'examiner plus en détail l'impact de la ventilation des bâtiments d'habitation sur la présence de contaminants de l'air intérieur et la santé des habitants. Le principal objectif de cette étude est d'identifier les mesures à adopter afin de prévenir les impacts négatifs et, particulièrement, la survenue de l'asthme. C'est la Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui a mené ce travail et rédigé l'avis au Gouvernement¹.

Ventilation des bâtiments et santé respiratoire

75 études ont été analysées de façon détaillée. Les résultats des études directes montrent une diminution de la fréquence des symptômes respiratoires et allergiques chez les enfants, de même que chez les asthmatiques adultes, associée à la ventilation mécanique.

- 22 études sur les acariens sont concluantes, parmi lesquelles 19 sont positives. Ces dernières montrent un lien entre la ventilation, la réduction de l'humidité et des acariens et l'exacerbation de l'asthme chez les personnes sensibilisées. La majorité des études en rapport avec les acariens ont été réalisées en Scandinavie. Quelques études montrent une fréquence plus élevée des symptômes lorsque le taux de ventilation est inférieur au taux de ventilation minimal prescrit dans les pays scandinaves. Les résultats des études réalisées hors des pays scandinaves sont plus mitigés et montrent une réduction de l'humidité et, parfois, des acariens à l'intérieur, non accompagnée d'une réduction des symptômes.
- Les résultats des études montrent une association significative entre l'exposition aux moisissures et aux composés organiques volatils (COV) et une augmentation de la fréquence des symptômes respiratoires chez les enfants. Toutefois, l'association entre la ventilation et la réduction des moisissures et des COV dans les habitations est très peu documentée.
- 13 études réalisées dans les bâtiments publics et bureaux démontrent une association entre la ventilation mécanique et une fréquence plus élevée du SEH (syndrome de l'édifice hermétique) chez les travailleurs. Cette fréquence plus élevée semble reliée en grande partie au conditionnement de l'air et/ou à un taux de ventilation insuffisant et/ou à un entretien inadéquat du système. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que l'augmentation du taux de ventilation diminue la fréquence des symptômes et des absences-maladies chez les travailleurs.

En conclusion, du point de vue de la santé publique, la preuve scientifique tirée des études directes et indirectes reliées aux acariens supporte la pertinence d'une ventilation mécanique complémentaire à la ventilation naturelle dans les habitations neuves de même qu'un taux minimal suffisant variable selon les différences climatiques.



¹ *La ventilation des bâtiments d'habitation : impacts sur la santé respiratoire des occupants*, INSPQ, Québec, février 2006, sur www.inspq.qc.ca

Les mesures recommandées au Québec

Les nouvelles constructions, ou celles faisant l'objet de rénovations majeures entraînant une étanchéité accrue de l'enveloppe, doivent être dotées d'un système de ventilation mécanique complémentaire à la ventilation naturelle, capable d'assurer une ventilation suffisante des espaces habitables en toute période de l'année.

Dans les nouveaux immeubles à appartements, l'installation de la ventilation doit permettre de ventiler chacune des unités d'habitation selon les taux prescrits. Des mesures nécessaires doivent également être prises pour s'assurer de l'entretien adéquat de cette installation.

La pertinence et la faisabilité de revoir le taux actuel de ventilation minimal exigé pour les bâtiments d'habitation québécois doivent être évaluées d'un point de vue de santé publique. A cette fin, une conférence de consensus regroupant des experts d'organismes de recherche et de réglementation pourrait être organisée.

Un guide de bonnes pratiques portant sur les aspects techniques reliés à l'efficacité de la ventilation mécanique (conception, sélection, installation, modes d'opération, entretien...) doit être élaboré.

Un programme de formation, basé sur le guide de bonnes pratiques, doit être offert aux entrepreneurs en ventilation ainsi qu'à toute autre personne concernée du milieu de la construction-rénovation.

Enfin, une campagne de sensibilisation et d'information doit être réalisée auprès du grand public afin de promouvoir l'importance d'une stratégie intégrée d'assainissement de l'air pour l'obtention d'une bonne qualité de l'air intérieur.

Voir aussi :

www.nehap.be

www.sante-environnement.be

Informations complémentaires :

Educa Santé
Avenue Général Michel, 1b
6000 Charleroi
Tél. : 071 30 14 48
Fax : 071 31 82 11
E-mail : doc@educasante.org
Site : www.educasante.org

La violence au sein des familles vue par les hommes

Une recherche réalisée par le « Réseau Hommes Belgique » et financée par l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes et les Directions de l'Égalité des Chances de la Communauté française et de la Région de Bruxelles-Capitale auprès d'une cinquantaine de participants à des groupes de parole pour hommes, a permis d'identifier des éléments, liés au vécu de la violence, utiles à l'évolution des mentalités et des comportements en ce qui concerne la violence relationnelle.

Ces hommes âgés de 35 à 65 ans ont témoigné de leur expérience de la violence. Les témoignages se sont focalisés sur les aspects difficiles de la vie conjugale en ce compris ce qu'ils perçoivent comme les côtés sombres de leur conjointe ou ex-conjointe.

Que disent-ils ?

- Leur inconfort face à la maîtrise verbale et/ou psychologique de leur conjointe ou ex-conjointe ;
- leur inconfort face à la capacité féminine à entrer dans le jugement ;
- l'impression, à cause de ce jugement, de ne pas être respecté ;
- leur violence physique cherche à contenir la violence de la conjointe ;
- la perception de leur propre violence relationnelle ;
- la prise de conscience d'exercer de la violence psychologique vis-à-vis d'eux-mêmes
- les enfants sont parfois utilisés ;
- l'identification d'un rapport de pouvoir dominant/dominé au sein du processus menant à la violence ;
- un enchaînement entre les types de violence ;
- l'impression que c'est toujours la femme qui initie la violence.

Dans quoi s'enracinent les situations de violence conjugale ?

- Des compréhensions lucides sur le comportement de la conjointe ;
- des réappropriations relatives à son propre vécu ;
- des expressions remettant chez l'autre l'origine de la violence ;
- des racines partagées ;
- des réflexions sur les arrière-plans issues des représentations des rôles... ;
- l'influence forte de l'éducation face aux situations de violence ;
- l'influence forte de qui étaient leurs parents.

Quelles stratégies utilisent-ils dans les situations de violence conjugale ?

- Les stratégies d'évitement : l'indifférence, la fuite, l'accumulation, le palliatif, le dialogue intérieur, le recours au mental, une option stratégique, le report dans le temps.
- Les stratégies de développement personnel : l'affirmation de soi, le recours à l'aide, le travail sur son histoire personnelle, une approche « zen », une approche responsable et engagée vis-à-vis de soi et de l'autre.

La reliance entre violence et histoire personnelle

Seule une minorité des témoins n'est pas dans l'idée qu'il aurait été bien de se faire aider, et pour la plupart, les thérapies familiales n'ont pu résoudre le problème du couple en crise. Ils ont tous le sentiment d'avoir évolué face à ces situations de violence y compris celle des institutions.

Les besoins par rapport à la violence :

- sur le plan personnel : pouvoir en parler, trouver de la médiation, un accompagnateur, des techniques de résolution, pouvoir canaliser la violence, être plus proche de soi, valoriser ses forces, la capacité à s'allier plutôt que d'entrer en concurrence, gérer son conflit intérieur, se respecter soi ;
- sur le plan relationnel : beaucoup de demandes concernant l'autre, être respecté, sujet d'attention, acceptation des points de vue, ne pas être jugé ;
- sur le plan collectif : des infrastructures pour accueillir ses enfants, des endroits pour pouvoir s'en sortir, des maisons des hommes, des maisons des papas, des lieux pour parler, des lieux d'accueil pour entendre les problèmes des hommes, de l'éducation par rapport à la violence, pour détecter les signaux et connaître les alternatives, des campagnes d'information destinées aux hommes.

En résumé, les témoignages se rejoignent sur les points suivants :

- la violence subie de la part du conjoint ;
- la grande majorité de violence verbalo-psychologique ;
- la soumission au jugement de l'autre ;
- le sentiment d'être surtout dominé dans le rapport de violence ;
- la fuite face au conflit ;
- les stratégies face aux situations de violence ;
- l'appel tardif à une aide extérieure ;
- l'apport positif des groupes d'hommes ;
- le sentiment d'avoir évolué ;
- les stratégies sociétales adéquates.

Quelques pistes pour favoriser la responsabilisation chez de plus en plus d'hommes :

- des formations qui permettront aux hommes d'apprendre les différences psychologiques et relationnelles entre les sexes, d'apprendre à décoder les expressions préférentiellement utilisées par les femmes et qu'ils perçoivent comme émotionnelles ou irrationnelles ;
- des formations pour faire prendre conscience des conditionnements initiaux auxquels les hommes et les femmes de notre société occidentale sont soumis ;
- des formations sur les spécificités féminines présentes chez tous les hommes, que l'homme a tendance à nier ou à minimiser tout comme il peut avoir tendance à nier ou minimiser sa compagne ;
- des formations qui permettront aux hommes de comprendre comment évoluent les femmes actuellement, quels sont leurs besoins et leurs attentes ;
- des formations à la communication pour que les hommes apprennent à se sentir plus à l'aise dans un espace de communication avec leur compagne ;
- des formations qui permettent d'identifier les rapports de force, ceux qu'on met en place et ceux qu'on subit ;
- des formations qui permettent de désamorcer l'installation d'un rapport de force basé sur le jugement ;
- des formations en estime de soi, pour apprendre à se respecter soi-même ;
- des formations pour apprendre à identifier ses peurs, à les accepter, à les gérer puis les dépasser ;
- des formations pour identifier les signaux qui indiquent que l'on vit dans l'inconfort ;
- des formations pour décrypter les racines de la violence et les responsabilités basées sur des comportements inadéquats ;
- des formations pour apprendre à reconnaître les stéréotypes et s'extraire de leur influence ;
- des formations pour apprendre à se reconnecter à son histoire personnelle ;
- des formations au lâcher prise qui permet de ne plus garder de ressentiment ;
- des formations qui permettent de décrypter le jeu de l'égo vers un regard qui « sorte du système » ;

- un espace pour favoriser la conscientisation que les enjeux extérieurs sont le plus souvent le reflet d'enjeux intérieurs à la personne ;
- des campagnes d'information sur la violence au quotidien et l'éducation des parents ;
- des espaces de parole pour hommes ;
- des maisons des hommes ;
- des maisons des femmes et des hommes ;
- une sensibilisation du monde politique ;
- la promotion et l'amélioration des espaces de médiation ;
- la création d'une solidarité masculine ;
- une vision nouvelle de l'alliance des forces dans le couple.

Pour en savoir plus :

Vincent Commenne, Luc-André Defrenne, *Hommes en chemin et violence conjugale : constats, besoins et recommandations*, Réseau des Hommes Belgique Asbl. Document à destination des professionnels en matière de violence au sein des familles et consultable sur le site www.rhb.be

A lire :

- *Aime sans violence*, Communauté française, Bruxelles, 2008, 24 p.
Brochure éditée dans le cadre d'une campagne visant un public de jeunes. Un CD-Rom d'AKRO est également disponible dans le cadre de cette campagne.
- *Je t'aime. La violence nuit gravement à l'amour*, Direction de l'Égalité des Chances du Ministère de la Communauté française, Bruxelles, 2005, 14 p.
- *Echappez belle !*, Garance asbl, Bruxelles, 2005, 43 p.
Guide pratique de sécurité pour femmes.
- *Les violences conjugales : entre les victimes et les auteurs*, extrait du dossier « Genre et travail social » dans la revue « Travailler le social & Chronique Féministe » (n° 41), Cardijn Publications asbl, Louvain-la-Neuve, 2008, pp.161-206.
- *Crises, conflits, violence dans le couple : approche interculturelle*, Femmes Prévoyantes Socialistes, Bruxelles, 2007, 96 p.

Voir aussi :

« Shalimar », jeu sur les relations amoureuses, destiné aux 14-16 ans réalisé par le Service Promotion de la Santé de l'UNMS (Bruxelles, 50€, 2008). L'objectif du jeu est de favoriser le dialogue entre jeunes autour des influences familiales, religieuses et culturelles liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle. L'UNMS organise des formations à l'utilisation de ce matériel.

Tous ces documents sont disponibles chez :

Educa Santé
Avenue Général Michel, 1b
6000 Charleroi
Tél. : 071 30 14 48
Fax : 071 31 82 11
E-mail : doc@educasante.org
Site : www.educasante.org