

*ÉVALUATION D'UNE CAMPAGNE DE COMMUNICATION SUR L'ALIMENTATION ÉQUILIBRÉE en p.2 à 5*

# Evaluation d'une campagne médiatique et de mobilisation des relais sur le thème de l'alimentation

**L'** Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) est à l'origine d'une campagne médiatique et de mobilisation des relais sur le thème de la santé cardio-vasculaire. Le premier volet consacré à l'alimentation s'est déroulé au cours du premier semestre 2002. Le deuxième volet, en cours en cette fin d'année 2003, porte sur l'activité physique au quotidien. Au programme, dans les deux cas : des spots destinés à la télévision et à la radio, et des brochures. Nous vous présentons l'évaluation des spots télé et radio ainsi que des brochures sur l'alimentation, qui ont été conçues comme compléments au matériel audiovisuel.

Belle opportunité pour les promoteurs de la santé : celle d'espaces gratuits réservés à des messages de promotion de la santé à la radio et à la télévision au prorata de la publicité qui y est faite pour les médicaments, les traitements médicaux et l'alcool (arrêté du 18 janvier 1995 modifié par un arrêté de juillet 1997 du Gouvernement de la Communauté française). Ces messages doivent certes s'aligner sur le format des messages publicitaires (30 secondes maximum) et se voient diffusés au sein même de ces écrans (au risque de cohabitations malencontreuses).

Si la diffusion est gratuite, les frais de production sont à charge des promoteurs de la campagne. La procédure de scénarisation, de production, de réalisation d'une brochure proposée à la fin des spots (pas une obligation, mais un complément bienvenu) mais aussi le projet d'évaluation de la campagne sont scrupuleusement suivis par la Commission d'avis 'Campagnes radiodiffusées' du Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française.

À l'initiative de la campagne cardio-vasculaire : l'Observatoire de la santé du Hainaut. Il a puisé sa motivation dans une expérience antérieure de réalisation et de diffusion (à ses frais cette fois) de clips d'une minute trente sur les télévisions régionales du Hainaut. Traitant de la santé cardio-vasculaire, à travers l'alimentation, le tabagisme (actif et passif), l'activité physique, l'hypertension artérielle, les messages des clips avaient été validés par un comité d'accompagnement externe. Le matériel présentait suffisamment d'intérêt aux yeux de l'OSH pour tenter l'adaptation à un autre format. Réutiliser les

images de ces clips, souhait initial, se révéla impossible, malgré des tentatives épaulées par l'asbl Question Santé, de bout en bout associée techniquement au projet.

## Le contenu de la campagne

### Renforcer des connaissances

Trois spots (télé et radio) sur l'alimentation ont été diffusés. Deux brochures leur ont été associées. La Fondation pour la chirurgie cardiaque et l'Observatoire de la santé du Hainaut ont noué un partenariat pour les spots « Modes de cuisson » et « Graisses cachées » ainsi que pour la brochure « Alimentation, saveurs et santé ».

Le spot « Fruits » et la brochure « Fruits et légumes, la santé au naturel » sont, eux, nés des efforts conjugués de l'OSH, de la Fédération belge contre le cancer et de l'ORPAH.

Dans le texte qui suit, nous évoquons donc deux campagnes : « Alimentation, saveurs et santé » et « Fruits et légumes ».

Les objectifs de communication de ces deux campagnes étaient de renforcer des connaissances en matière alimentaire, de les crédibiliser.

Avec les slogans des spots (« Un fruit, c'est bien, deux c'est mieux », « Mangeons santé, varions les modes de cuisson », et « 2/3 des graisses sont cachées, apprenons à les repérer »), les promoteurs de la campagne n'entendaient pas délivrer de scoop, mais bien légitimer et renforcer des informations dans l'air du temps.

Le public ciblé est un public « généraliste », principalement le public adulte, à travers lequel des répercussions sur un public spécifique, comme les enfants, sont possibles.

### Prétest

La commission d'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé a jugé nécessaire le prétest de deux plans-images sur trois.

Dans le plan-image sur les graisses cachées, la teneur en graisses cachées apparaissait en surimpression sur des aliments. Lors du prétest, les personnes interrogées nous ont proposé d'élargir la gamme d'aliments présentés.

Dans le plan-image sur les modes de cuisson, deux modes de cuisson alternatifs à la cuisson au beurre étaient montrés. Là encore, les personnes en veulent davantage

à l'image. Nous avons choisi de le faire en accéléré pour rester dans le timing.

Le test de la maquette de la brochure « Alimentation, saveurs et santé » a conduit à aérer la mise en page et à introduire une table des matières pour les recettes, jugées unanimement intéressantes.

### Scénarii

Alors qu'il s'apprête à cuisiner au beurre, un homme est interpellé dans sa cuisine : « Dis, si tu variais tes modes de cuisson ? ». Il s'exécute aussitôt et c'est la valse des modes de cuisson (filmée en accéléré).

Le slogan « Mangeons santé, varions les modes de cuisson » apparaît. La brochure « Alimentation, saveurs et santé » est proposée.

Pour le spot « Graisses cachées », un inspecteur de police visite une maison la nuit. Il découvre divers aliments. La teneur en graisses cachées apparaît sur les aliments.

« Deux tiers des graisses sont cachées, apprenons à les repérer. », dit le slogan. Ici aussi, la brochure « Alimentation, saveurs et santé » est proposée.

Pour le spot « Fruits », quelques personnes participent à un micro-trottoir et citent le dernier fruit qu'elles ont mangé. Le spot se termine par le slogan « Un fruit, c'est bien, deux fruits c'est mieux » et par la proposition de la brochure « Fruits et légumes, la santé au naturel », comprenant des conseils et des recettes.

### Diffusion des spots

L'arrêté stipule que tous les organismes de radiodiffusion de la Communauté française sont concernés. Cela représente aussi bien les chaînes de télévision de service public que les chaînes privées commerciales telles que RTL-TV, Club RTL ou Canal +. Toutes les radios sont concernées : La Première, Fréquence Wallonie, Radio 21, Musique 3 et Bruxelles Capitale, ainsi que les réseaux privés (Contact, NRJ, Fun Radio, Nostalgie, Radio Ciel...).

La diffusion est intervenue de janvier à mai 2002 (première quinzaine de janvier, de février, mars, avril et dernière quinzaine de mai).

La diffusion quotidienne moyenne fut de deux spots (trois passages sur les chaînes publiques, un sur les chaînes privées).

Le spot sur les fruits n'a pas pu être diffusé sur les chaînes de radio publiques pour



cause de dépassement de quotas pour des messages de promotion de la santé. Notons au passage que ce déficit de diffusion n'a été en rien signifié ni a fortiori négocié avec le promoteur de la campagne!

### Diffusion des brochures

La diffusion des brochures a eu lieu grâce à différents canaux : la Communauté française, les relais en Province de Hainaut et la presse.

Le Service du téléphone vert de la Communauté française, le 0800 20 000, numéro d'appel gratuit, était renseigné à la fin des spots. Les téléphonistes ont assuré l'envoi des brochures. La Communauté française a pris en charge les frais d'envoi.

En Province de Hainaut, les relais, au sens large, en promotion de la santé (professionnels de la santé, services sociaux, communes, hôpitaux...) ont été informés de la campagne médiatique. Ils avaient la possibilité de passer commande pour les deux brochures.

L'institution provinciale s'est mobilisée via le *Plan directeur provincial de la santé*.

Une campagne de presse a été organisée. La presse a été sollicitée comme relais pour l'information. Deux conférences de presse ont été organisées.

La brochure « Fruits et légumes, la santé au naturel » a fait par la suite, seule, l'objet d'un communiqué de presse.

### Budget

Le budget nécessaire pour la réalisation d'un spot est d'environ 10.000 euros. Le tirage de chacune des deux brochures fut de 60.000 exemplaires. Le budget nécessaire par brochure fut d'environ 15.000 euros.

On peut estimer le coût de la campagne à 60.000 euros pour la production du matériel. Sans compter le temps de préparation du projet en réunions techniques et de concertation (une trentaine), de documentation et de rédaction des dossiers à soumettre à la commission d'avis et des brochures, soit environ un équivalent universitaire plein temps durant six mois.

Le coût des espaces de diffusion offerts est estimé par les régies publicitaires à plus de 500.000 euros. L'investissement des promoteurs reste donc rentable.

### Evaluation de la campagne

Etant donnée l'ampleur de la campagne, la masse d'efforts fournis tant en énergie qu'en coûts directs et indirects, et pour répondre à la réglementation sur les financements des campagnes par la Communauté française, l'ensemble des partenaires a souhaité mener une évaluation.

Elle porte sur la diffusion des brochures et l'appréciation des spots et des brochures.

### Diffusion des brochures

#### Par le Service du téléphone vert

Le Service du téléphone vert de la Communauté française s'est livré au recensement précis de toutes les brochures qui ont été envoyées par ses soins à des téléspectateurs ou auditeurs des spots.

Environ 30.000 personnes ont fait appel au numéro vert gratuit de la Communauté française pour la campagne « Alimentation, saveurs et santé » et 8.000 pour la campagne « Fruits et légumes ». Cette dernière a bénéficié, rappelons-le, d'une moins large diffusion de spots.

La majorité des appels viennent du Hainaut. On note aussi un très grand taux de pénétration dans le Brabant wallon et un score relativement faible pour la Région de Bruxelles-Capitale.

#### Par des relais dans le Hainaut

Les demandes de documents émanant de relais ont été comptabilisées et regroupées par catégories de demandeurs.

Le volume de brochures distribuées via des relais en Hainaut pour les deux campagnes est très similaire.

Parmi les relais, les plus grands demandeurs sont les communes (30%), les Mutuelles et les CLPS (14,5%), les CPAS (10,7%), les hôpitaux (9,8%), les écoles (8,2%), les PSE-PMS (6,6%).

Pour la diffusion de la seconde brochure, « Fruits et légumes, la santé au naturel », un type de relais particulier a été sollicité avec succès : les médecins généralistes formés à la prévention des maladies cardio-vasculaires par l'OSH (dans le cadre d'un projet commun avec la Société scientifique de médecine générale).

### Via la presse écrite et audiovisuelle

Nous nous sommes livré à l'inventaire des articles et reportages radio et télé réalisés suite aux deux conférences de presse et à l'envoi d'un communiqué de presse consacré spécifiquement à la brochure « Fruits et légumes » après la seconde conférence de presse.

Suite à l'interpellation des médias, cinquante articles ont vu le jour. Huit interviews ont été réalisées.

En matière de presse écrite, le tirage des différents quotidiens, hebdomadaires, mensuels qui ont relayé l'information permet d'évaluer à 5.000.000 les contacts potentiels avec les lecteurs.

5.000 demandes individuelles environ parvinrent à l'Observatoire de la santé du Hainaut suite à la lecture d'articles, et ce pour chaque campagne. La plupart des demandes effectuées à l'OSH provenaient d'habitants de la province.

### Appréciation des spots et des brochures

Une double enquête téléphonique a été menée. Pour la campagne « Alimentation, saveurs et santé », 79 personnes ont été interrogées. L'échantillon a été extrait de 3.000 adresses transmises par le Service du téléphone vert. Il s'agit de demandes intervenues entre le 24 février et le 7 mars 2002.

Pour la campagne « Fruits et légumes », l'échantillon est de 104 personnes. Il est issu des appels arrivés à l'OSH pour obtenir une brochure.

Pour la campagne « Alimentation, saveurs et santé », le portrait type est une femme dans 2/3 des cas de plus de 40 ans relativement en bonne santé (état de santé subjectif meilleur que la moyenne exprimée dans l'Enquête nationale de santé). Vivant en couple dans 2/3 des cas, plus instruite que la moyenne de

### Répartition de la diffusion des brochures par catégorie de relais

	Saveurs et santé		Fruits et légumes	
Communes	8000	32 %	7420	29 %
CPAS	3600	4 %	1775	6 %
Médecins généralistes	160	0,6 %	1370	5,4 %
IMS-PMS (PSE)	2000	8 %	1360	5,3 %
Ecoles	1000	4 %	3200	12,5 %
Entreprises	730	2,9 %	1170	4,6 %
Hôpitaux	2500	10 %	2450	9,6 %
Pharmacies	60	0,024 %	65	0,025 %
Mutuelles et CLPS	3100	12,4 %	4220	16,5 %
Autres (associations, province...)	3850	15,4 %	2505	9,8 %
<b>Total</b>	<b>25000</b>	<b>100%</b>	<b>25535</b>	<b>100%</b>

population puisque 60 % ont un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur au moins, active professionnellement dans 1/3 des cas et relativement sensibilisée à l'utilisation des graisses.

Pour la campagne « Fruits et légumes », on note plus de femmes, plus jeunes, plus actives, plus de foyers nombreux. Le niveau d'instruction se rapproche du niveau moyen de la population.

Pour les deux brochures, seules des femmes commandent la brochure pour quelqu'un d'autre du foyer.

### Avis sur les spots

Une bonne partie des personnes qui se souviennent avoir vu ou entendu les spots de la campagne « Alimentation, saveurs et santé » ne se souviennent plus du tout de son contenu. Ceux qui donnent un avis sont donc une portion très restreinte des interviewés.

Dans l'ensemble, les spots ont été trouvés intéressants par la toute grande majorité de ceux qui les ont vus, relativement peu cités comme amusants ou originaux mais aucune opinion négative n'a été émise.

Pour le spot « Fruits et légumes », la même proportion de personnes l'a trouvé intéressant mais aucun ne l'a trouvé original ni amusant.

### Avis sur les brochures

La toute grande majorité des personnes ayant demandé la brochure « Alimentation, saveurs et santé » (83 %) a été informée de l'existence de cette brochure et sensibilisée via la radio et la télévision, 17 % des répondants mentionnent également la presse écrite.

Une personne interrogée sur trois n'associe pas les brochures à des spots sur la santé. La plupart de ceux qui les ont vus ou entendus, les ont vus ou entendus plusieurs fois, le

plus souvent le matin et le soir, pas tellement dans la journée.

Ce qui est retenu, c'est, dans la majorité des cas, la proposition de brochure, son titre, le numéro de téléphone, les thèmes évoqués.

La toute grande majorité des personnes interrogées disent avoir lu au moins partiellement les brochures, et près de la moitié intégralement.

Les personnes qui ont lu intégralement la brochure « Alimentation, saveurs et santé » ont apprécié les recettes dans 31 % des cas, les informations sur les graisses et le cholestérol dans 25 % des cas. Les modes de cuisson sont préférentiellement cités dans seulement 8 % des cas.

Une toute grande proportion des personnes qui ont lu partiellement la brochure « Fruits et légumes, la santé au naturel » ont été intéressées particulièrement par les recettes.

« Alimentation, saveurs et santé » a offert davantage une information neuve à ses lecteurs que « Fruits et légumes, la santé au naturel » : 68,4 % contre 53,9 %.

En ce qui concerne les éléments appris grâce à la brochure « Alimentation, saveurs et santé », 50 % mentionnent les graisses, 30 % les modes de cuisson, 20 % le cholestérol.

Les personnes interrogées déclarent avoir mis les conseils en pratique dans respectivement 42,1 % et 39,4 % des cas.

Les brochures ont suscité l'envie de modifier les habitudes dans 38,3 % et 21,4 %.

Les recettes ont été mises en pratique dans 33,8 % des cas et 12,7 % des cas.

### Synthèse

Près de 100.000 personnes ont obtenu la brochure « Alimentation, saveurs et santé » ou « Fruits et légumes, la santé au naturel »,

complément d'information de la campagne audiovisuelle alimentation.

Elles l'ont demandée au Service du téléphone vert de la Communauté française (38.000 appels), à l'Observatoire de la santé du Hainaut (10.000 demandes) ou l'ont reçue via des relais en Province de Hainaut (50.000).

Parmi les relais, les plus grands demandeurs sont les communes (30 %), les mutuelles et les CLPS (14,5 %), les CPAS (10,7 %), les hôpitaux (9,8 %), les écoles (8,2 %), les PSE-PMS (6,6 %).

L'évaluation (via enquête téléphonique) de l'impact des brochures montre que 60 % de l'échantillon a trouvé une information neuve dans les documents.

La toute grande majorité des personnes interviewées disent avoir lu au moins partiellement les documents.

40 % des personnes interrogées ont mis les conseils en pratique.

Le public féminin est à l'origine de 75 % des demandes de brochures.

### Discussion

L'évaluation de l'ensemble de la campagne nous conforte dans l'idée qu'un spot seul a bien moins d'impact que lorsqu'il se clôt par la proposition d'une brochure.

En effet, l'évaluation montre que le public se souvient surtout de la proposition du document à la fin des spots.

Reste à savoir si les téléspectateurs et les auditeurs se souviendraient davantage de spots plus longs, grâce à l'économie de la présentation d'une brochure...

Pour ce qui est des brochures, l'évaluation montre que les recettes (pour les deux documents) le tableau sur la teneur des aliments en cholestérol (pour « Alimentation,

#### Brochure « Alimentation, saveurs et santé »

		Hommes		Femmes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Cette brochure vous a-t-elle appris quelque chose ?	oui	16	61,5	36	72	52	68,4
Avez-vous mis certains conseils en pratique ?	oui	8	32	24	47,1	32	42,1
Si non, vous a-t-elle donné envie de changer vos habitudes ?	oui	5	31,3	13	41,9	18	38,3
Avez-vous mis certaines recettes en pratique ?	oui	9	36	15	32,6	24	33,8

#### Brochure « Fruits et légumes »

		Hommes		Femmes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Cette brochure vous a-t-elle appris quelque chose ?	oui	11	57,9	44	53	55	53,9
Avez-vous mis certains conseils en pratique ?	oui	9	47,4	30	37,5	32	39,4
Si non, vous a-t-elle donné envie de changer vos habitudes ?	oui	2	14,3	13	23,2	15	21,4
Avez-vous mis certaines recettes en pratique ?	oui	2	15,4	7	12,1	9	12,7

saveurs et santé ») intéressent particulièrement les lecteurs. Ces éléments d'évaluation ont été intégrés dans la conception du deuxième volet de la campagne cardio-vasculaire consacré à la promotion de trente minutes quotidiennes d'une activité physique modérée.

A noter le profil des personnes chez qui les brochures suscitent de l'intérêt : pour l'ensemble de la campagne, dans plus de 2/3 des cas, le portrait type des personnes intéressées par les brochures est celui d'une femme (à l'état de santé plus favorable que la moyenne décrite par l'Enquête nationale de santé, du moins pour les femmes demandeuses de la brochure « Alimentation, saveurs et santé »).

En ce qui concerne la mobilisation des relais hennuyers, le travail loco-régional prend ses racines dans un projet de diffusion de clips sur les télévisions régionales. Les

documents proposés à leur terme étaient (comme dans le cadre de cette campagne) diffusés vers la population via la proximité offerte par les relais.

La mobilisation des relais de terrain fut un succès et un facteur de rémanence de l'intervention. Les médecins généralistes, mobilisés de manière structurée par le canal d'un projet de formation continuée à la prévention cardiovasculaire, ont permis de distribuer 5 % de l'ensemble des brochures « Fruits et légumes ». On notera là tout l'intérêt de créer des synergies entre cette campagne et un projet à vocation plus structurelle.

La presse a répondu présent au cours de cette campagne. L'envoi d'un communiqué de presse sur la seule brochure « Fruits et légumes » quelques semaines après la conférence de presse, nous permet encore de recevoir des appels plus d'un an après la

campagne. L'avantage d'un communiqué sur la brochure permet de ne pas lier exclusivement son existence à la campagne. La brochure sort ainsi de la vie limitée de la campagne de spots sur les fruits et légumes (diffusés pendant quinze jours seulement en ce qui les concerne). La demande d'une information de santé crédible et validée par le service public existe au sein de la population. La brochure sur les fruits et légumes vient d'ailleurs de faire l'objet d'une réédition.

Véronique Janzyk, Alain Husdens (Cellule Communication), Luc Berghmans (Médecin-Directeur), Observatoire de la santé du Hainaut

Adresse des auteurs : rue St-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065 87 96 00. Fax : 065 87 96 79. Courriel : observatoire\_sante@hainaut.be

## « Le sida et vous. Exprimez-vous »

**L**e sida se transmet non seulement par le virus HIV, mais aussi par le silence, l'indifférence, l'ignorance, les préjugés, les tabous.

Des millions de gens sont victimes du sida, des millions d'autres en seront victimes dans les années à venir. Les traitements ont remarquablement progressé, mais l'énorme majorité des personnes atteintes dans le monde n'y a pas accès en raison de leur coût. Le constat sur la situation de l'épidémie est accablant mais le sida ne fait plus la Une de l'actualité. C'est le silence, l'indifférence.

Ces traitements restent très lourds, assortis d'effets secondaires pénibles.

Contrairement à la rumeur, ils ne guérissent pas. Et il n'existe encore aucun vaccin. Le seul moyen de lutter contre la propagation du sida, c'est la prévention, la connaissance et l'utilisation des moyens de protection.

Pourtant, même chez nous, dans notre société bien informée, le silence et l'indifférence engendrent une méconnaissance dramatique tant au niveau des risques que des moyens de transmission et de protection. Le nombre de nouveaux cas de séropositivité enregistrés a recommencé à augmenter depuis 1997. C'est le prix de l'ignorance, des préjugés, des tabous.

Cette indifférence, ces préjugés, on les retrouve dans l'attitude de discrimination de la population à l'égard des séropositifs et malades du sida. Elle se traduit en refusant, par exemple, de travailler ou d'étudier avec un séropositif,

en admettant comme normal le fait qu'une entreprise licencie un séropositif. Résultat : les séropositifs sont non seulement confrontés à une maladie grave, mais aussi, souvent, à la peur d'en parler, à la solitude, au rejet.

Lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes contaminées par le sida et leur exprimer sa solidarité, prendre conscience de la gravité de l'épidémie et de l'urgence d'agir, tant au niveau de la prévention que de l'accès aux traitements, tel est l'enjeu de la Journée mondiale du sida.

En décembre 2003, l'ONUSIDA a choisi pour thème 'Stigmatisation et discrimination', deux points qui soulignent la volonté de briser le silence et les barrières faisant obstacle à la prévention et à la prise en charge efficace de la maladie.

### Ecouter les autres et prendre la parole

Pour marquer le coup cette fois-ci, la Plate-forme prévention sida a innové en proposant une exposition interactive. « Le sida et vous. Exprimez-vous. » s'inscrit dans la foulée de l'exposition organisée l'an dernier<sup>1</sup>, une exposition qui donnait la parole aux personnes séropositives vivant parmi nous sous forme de photos noir et blanc assorties chaque fois du témoignage de la personne. Une façon simple de savoir comment vivent les séropo-

sitifs et de découvrir, éventuellement, les discriminations dont ils font l'objet.

En décembre 2003, le projet allait plus loin, puisque l'exposition donnait aussi la parole aux visiteurs, via le Caméramaton. Pourquoi ?

Thierry Martin, directeur de la Plate-forme prévention sida :

« Nous voulions une forme d'interactivité

### Le Caméramaton, pour inviter très concrètement les visiteurs à s'exprimer

Le Caméramaton se compose d'une cabine équipée d'une caméra vidéo (sur le principe du photomaton). Les visiteurs ont la liberté de pénétrer dans cette cabine, seuls ou à plusieurs, pour y exprimer ce qu'ils ont envie de dire sur le sida devant la caméra, en actionnant eux-mêmes, très simplement, le dispositif d'enregistrement.

Il suffit de pousser sur un bouton et de parler. Pas besoin d'avoir préparé un texte, ni d'avoir des talents d'orateur. Ce qui est important, notamment pour que la prévention soit toujours plus efficace, c'est de savoir comment un maximum de gens réagissent face au sida, aux séropositifs, se protègent ou non, ont peur ou non, savent ou ne savent pas exactement comment le virus se transmet, pensent qu'il faudrait faire telle ou telle chose, ou tout simplement, trouvent l'occasion de parler librement du sida, sans gêne, sans tabou...

<sup>1</sup> Voir 'Vivre ensemble, une campagne pour plus de solidarité', dans *Éducation Santé* n° 176, p. 2 à 6

## Un témoignage

(extrait des entretiens réalisés par Thierry Martin, directeur de la Plate-forme prévention sida, dans le cadre de la préparation des films vidéo de l'exposition)

Mbo Mpenza, 27 ans, footballeur, attaquant Diabes rouges

Sur sa réaction à l'égard de la séropositivité

Quelqu'un de très proche m'a annoncé, il y a trois ou quatre ans, qu'il était séropositif. Il me l'a dit, cela prouve qu'il avait confiance en moi et moi, j'ai confiance en lui. Il m'a demandé si cela allait changer quelque chose à notre relation. J'ai dit : non, évidemment, tu resteras toujours parmi les personnes qui me sont chères. Pour moi, ça ne pose pas de problème.

Sur l'utilisation du préservatif

Quand j'étais célibataire, si je sortais, je prenais toujours mon préservatif. Je le mettais automatiquement, chaque fois, parce que, pour soi-même comme pour la personne avec qui on veut faire l'amour, il faut se protéger et protéger l'autre. Même si ce n'est jamais évident, il faut que cela devienne un

automatisme. Comme on met une paire de chaussures avant de sortir, il faut mettre un préservatif avant de faire l'amour. C'est la seule façon de se protéger. Cela ne guérira pas le sida, mais il y aura de moins en moins de personnes qui l'attraperont.

Sur sa réaction face à la situation en Afrique

C'est le dégoût. Comme je suis originaire du Congo, de Kinshasa, je suis particulièrement touché par ce qui se passe en Afrique. 600 personnes qui meurent par jour en Afrique du Sud, c'est énorme. C'est un chiffre qu'il faut au moins diminuer. On peut le faire, il faut faire de la prévention. Que les gens, là-bas comprennent comment on peut limiter le problème.

Avec Kasavubu j'ai fondé une association au Congo dans le domaine du football, pour créer des terrains, des infrastructures, etc. Ici, on organise des petits concerts, etc, pour récolter des fonds. Maintenant que je connais une association qui s'occupe de la prévention sida, j'essaierai aussi de créer un lien entre la lutte contre le sida et mon association.

qui permette à chaque personne de s'exprimer, de faire écho de ses craintes, de ses difficultés, de ses opinions.

Nous voulions aussi que cette exposition apporte quelque chose de réellement utile aux personnes qui travaillent dans la prévention, et c'est le cas puisque les témoignages que nous récolterons ainsi constitueront une source d'information capitale pour notre travail. Ce qui me mène à la notion de continuité, un élément essentiel de notre action tant au niveau de la prévention que de la lutte contre la discrimination et pour l'accès aux traitements. »

Concrètement, l'exposition permettait :  
- de s'informer (sur le sida dans le monde,

la bonne utilisation du préservatif, les modes de contamination, l'historique du ruban rouge, la solidarité);

- de regarder et écouter les autres (des personnalités de tous horizons – télévision, mode, sports, rock... – livrent sur écran vidéo leurs témoignages et réflexions sur le sida, complétés par ceux de séropositifs, de séronégatifs, de gens actifs sur le terrain de la prévention et des soins);
- de s'exprimer : des coups de gueule, des craintes, ce qu'on a sur le cœur, ce qu'on veut dire, ce qu'on n'a jamais osé dire concernant le sida. L' 'acteur' filme lui-même son témoignage dans la cabine du Caméramaton (voir encadré p. 5);

- de contribuer à l'action sur le terrain.

L'ensemble des témoignages recueillis sera d'une grande utilité pour la Plate-forme prévention sida. Comme base de réflexion pour des actions futures. Et comme outil audiovisuel pour des séances d'information et de prévention, par exemple dans les écoles.

L'exposition a été organisée dans les locaux du Théâtre National de la Communauté française. Ce Théâtre est installé actuellement au premier étage du 85, boulevard Anspach, dans le bâtiment de l'ancien cinéma Pathé Palace, qui abrite également le Palace, bar le jour, discothèque la nuit.

Elle était répartie en deux salles, le Hall et le Foyer. Le Hall, au rez-de-chaussée, est un (beau et spacieux) lieu de passage, emprunté par toute personne se rendant au Théâtre ou au Palace. Le Foyer, au premier étage, est fréquenté par les spectateurs et les comédiens du Théâtre.

L'exposition pouvait ainsi être vue, non seulement par les visiteurs venant spécialement dans ce but, mais également par les publics du Théâtre National et du Palace. « *Un aspect important, commente la scénographe Sylvie Desauw, qui a mis en scène et coordonné toute l'exposition, car cette fréquentation de l'endroit par différentes personnes et à différentes heures correspond tout à fait au projet.* »

La Plate-forme est disposée à envisager de faire circuler en tout ou en partie cette nouvelle exposition en Communauté française Wallonie-Bruxelles. N'hésitez pas à lui faire part de vos idées à ce sujet !

D'après le dossier de presse de la Plate-forme prévention sida, initiateur du projet

Plate-forme prévention sida,  
av. de Béco 67, 1050 Bruxelles.  
Tél.: 02 733 72 99. Fax : 02 646 89 68.  
Courriel : [preventionsida@skynet.be](mailto:preventionsida@skynet.be)  
Site [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

## Une Conférence de lutte contre le sida

À l'échelle mondiale, 40 millions de personnes sont contaminées par le HIV; 5 millions de nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année; en 2003, 3 millions de malades sont morts.

En Belgique, en moyenne, 1000 nouveaux séropositifs sont enregistrés chaque année. Cette incidence croît depuis quelque temps d'environ 1 % chaque année.

Depuis le début de l'épidémie, on a enregistré dans notre pays plus de 16.000 personnes séropositives, et les derniers chiffres connus,

relatifs au premier semestre 2003 (499 nouveaux cas contre 457 dépistés au premier semestre 2002) confirment la tendance négative actuelle. Evidemment, il est toujours difficile de les interpréter correctement à partir du moment où, comme le précisent certains spécialistes de la question, « ces chiffres dépendent non seulement des nouvelles infections mais aussi de la politique de dépistage mise en oeuvre. Si on améliore le dépistage, on augmente le nombre de cas de

dépistés... » (D' Legrand, chef de clinique des maladies infectieuses du CHU de Charleroi).

L'amélioration des conditions thérapeutiques, la plus grande mobilité des populations, dont récemment les migrations à partir des pays de l'Est ont alimenté au même titre que la banalisation du problème, l'augmentation de son incidence. Il est inadmissible de laisser progresser cette tendance à la hausse. On ne peut accepter cette fatalité, même si ces chiffres méritent de ne pas être interprétés de manière simpliste.



Il importe de réaffirmer combien il s'agit de se mobiliser, à tous niveaux, pour lutter contre le sida. Il est de notre devoir à tous, responsables politiques mais aussi intervenants de terrain, de prôner la vigilance. Et la vigilance est d'autant plus indispensable que des chercheurs, parmi les plus sérieux, estiment que le pic de la progression de la maladie ne pourrait être atteint qu'en 2040 ! Nous avons, cependant, souvent l'impression que, et nous faisons comme si, le pire était derrière nous...

Il faut le rappeler sans cesse : on ne guérit toujours pas du sida. Il est vrai que la génération actuelle est née lorsqu'émergeaient des possibilités de traitement. Les recherches ont certes progressé, permettant un allongement de la vie des malades, mais l'arrivée d'un vaccin thérapeutique dont on parle beaucoup est loin d'être imminente. De plus, ce vaccin ne permettrait qu'un ralentissement de l'évolution de la maladie et n'empêcherait pas sa survenance.

Une trop grande banalisation s'est installée avec le temps et les comportements de prudence se sont estompés. Une récente enquête de Test-Achats le confirme : 65 % des personnes interrogées déclarent ne jamais recourir au préservatif. Quant aux publics les plus vulnérables, ce sondage révèle que 42 % des homosexuels n'utilisent pas cet unique moyen de protection contre le sida.

Il n'est évidemment pas question de se retrancher derrière cette analyse tout simplement parce que le nombre de cas de sida a augmenté. Un seuil permanent de sensibilisation « grand public » doit permettre de maintenir cette vigilance et d'accrocher des campagnes d'information destinées surtout aux publics plus vulnérables, pour lesquels les démarches doivent être plus spécifiques. Je prévois d'ailleurs une nouvelle campagne audiovisuelle d'envergure en 2004.

La problématique reste donc entière, grave et très préoccupante. Au-delà des campagnes d'information et de sensibilisation il s'agit aussi de reformuler les politiques de prévention du sida, de les actualiser et de les renforcer : un nouvel élan de mobilisation des acteurs mais aussi des pouvoirs publics est nécessaire. Je suis

convaincu que nous pouvons faire mieux et obtenir une stabilisation du développement de l'épidémie dans notre pays.

## Mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics

C'est la raison pour laquelle, soutenue par le Ministre-Président **Hervé Hasquin**, j'ai décidé de lancer un appel à une mobilisation générale. Afin de prendre cette problématique à bras-le-corps, dans ses nombreuses composantes, il est en effet indispensable d'associer à cette démarche, d'une part tous les acteurs professionnels du secteur du sida, et d'autre part toutes les compétences communautaires concernées (enseignement, culture, milieux d'accueil, égalité des chances...) ainsi que les compétences complémentaires au sein des différentes entités fédérées et de l'Etat fédéral (affaires sociales, égalité des chances, intégration sociale, intérieur...).

« Pour la mobilisation des acteurs et des pouvoirs publics », c'est le pilier qui doit soutenir la Conférence de lutte contre le sida que je lance dès ce mois de janvier. Elle se déclinera en quatre ateliers :

- **discrimination** vis-à-vis des personnes séropositives ;
- stratégie coordonnée de **dépistage** ;
- **prévention** des populations parmi les plus vulnérables (communauté homosexuelle, migrants, malades du sida) ;
- **conditions d'accès** en matière de prévention, de soins et d'accompagnement.

Une Conférence plénière réunira, en mars 2004, l'ensemble des participants aux ateliers (ministres des différents niveaux de pouvoir et acteurs de la lutte contre le sida) et tous les publics concernés (professionnels de la santé, services sociaux, associations de prévention du sida et des MST, bénévoles...) afin de sélectionner, suite aux travaux des ateliers, les recommandations stratégiques à adopter pour l'avenir. L'Observatoire du sida et des sexualités de la Communauté française assurera la coordination scientifique et le suivi méthodologique des travaux.

Pour créer et mettre en œuvre une véritable politique cohérente et concertée, et parce que le sida doit s'inscrire dans une approche plus globale que purement médicale, je tiens également à solliciter tous les relais : les plannings familiaux, les médecins généralistes et spécialistes, les services sociaux, les équipes de Promotion de la santé à l'école, les milieux de jeunesse, les centres d'accueil et les services d'immigration. Tous ont un rôle à jouer. Le Gouvernement de la Communauté française a marqué son accord à ma proposition de préparation et de réalisation de cette Conférence, comme il avait marqué son accord pour retenir la prévention du sida et des MST comme une des priorités du plan d'action de la *Charte d'avenir*, ouvrant ainsi la possibilité de moyens nouveaux pour des actions en cette matière.

Les moyens consacrés à la prévention du sida représentent l'un des plus gros budgets dans le cadre des dépenses « santé » de la Communauté française après la vaccination (2.196.000 € en 2003 et 78.000 € en plus en 2004), et ces moyens vont encore progresser.

Il est urgent et nécessaire d'établir une politique solide et ambitieuse pour lutter efficacement contre la propagation du sida. C'est l'ambition de la Conférence de lutte contre le sida qui se déroulera en mars 2004 et des ateliers qui la prépareront que de dresser les balises et les objectifs concrets pour les 5 années à venir. Ce qui est souhaitable c'est donc une mobilisation des acteurs de la prévention du sida - y compris ceux qui échappent habituellement à cette appellation - et des pouvoirs publics pour un renouvellement de l'approche préventive, pour une articulation avec le dépistage, les soins et le secteur social, pour une réduction de l'incidence de l'infection par des stratégies actualisées.

Nicole Maréchal, Ministre de la santé

<sup>1</sup> Plus précisément, 65% des Belges ont répondu 'jamais' ou disent que cela 'ne s'applique pas à leur situation', ce qui nuance un peu le propos (ndlr).

## Ethique et concertation, raisons d'être d'un réseau

Chacun à leur manière mais dans une perspective commune, pas moins de neuf services et associations interviennent en province de Namur en matière d'usages de drogues et d'assuétudes.

Sur l'initiative de la Coordination provinciale sida assuétudes (CSA) de Namur, une plateforme rassemblant ces intervenants était créée en 1997. Depuis lors, la CSA coordonne le fonctionnement du réseau. Synonyme d'une plus grande proximité avec le public, cette ini-

tiative permet également une étroite concertation. Elle a trait non seulement à l'éthique des interventions mais aussi aux choix des stratégies de prévention et d'accompagnement.

« Il convient de souligner que ce réseau s'est mis tout naturellement en place, dans le cadre d'échanges avec les partenaires. C'est après qu'il a été décidé de le formaliser. En aucun cas, il ne s'agit d'une création artificielle », déclare le D<sup>r</sup> Monique Vassart,

Médecin Directeur de la CSA.

Le 25 octobre 2002, la Coordination et ses partenaires ont convié le public concerné par les assuétudes à un colloque précisément centré sur ce travail en réseau. Organisée avec le SEDS (Service d'études et de documentation sociales), cette journée de réflexion a vu de nombreux interlocuteurs prendre la parole à propos de l'apport du réseau dans la prévention, mais aussi du concept de réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR).

L'intervention d'Alexis Kestermans, du Centre pour la formation et l'intervention socio-psychologiques (CFIP) a permis d'éclairer l'auditoire quant à la nouvelle approche du travail en réseau. Selon ce psychosociologue, les réseaux constitueraient des réponses à des besoins d'efficacité, de professionnalisation ou de soutien. En guise de « ciment », on retrouve bien souvent des pratiques communes ou des valeurs partagées.

### 1997, naissance du réseau

En l'espèce, le réseau namurois a jeté les bases du travail grâce à trois ateliers, constitués à la suite d'une étude d'évaluation des besoins des partenaires. Un atelier « prévention » abordait la question, essentiellement à l'attention des 10-14 ans. Le groupe « réduction des risques » s'interrogeait quant à lui sur les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour limiter les risques liés à la consommation des produits. Enfin, une troisième assemblée « accueil de crise » se penchait sur la question de l'accueil de l'utilisateur de drogues dans les services d'urgence des hôpitaux.

Quatre ans plus tard, en 2001, ces étroites concertations ont permis de formaliser et officialiser un réseau d'intervenants en matière d'assuétudes. Côté prévention, la coordination des projets et autres animations de terrain sont assurées par les services spécialisés. La CSA fut quant à elle chargée d'assumer la coordination à travers plusieurs missions : diffusion d'information, réception et dispatching des demandes d'animations, recherche de nouveaux outils à vocation informative et formation des partenaires.

En mars de la même année, le réseau éditait une plaquette d'information reprenant les coordonnées des partenaires, de même que la composition des équipes et les services offerts. Depuis, chaque service assure la diffusion du document dans sa région, afin de le dynamiser à l'échelle locale.

### Un décret wallon en gestation

Présent lors du colloque organisé au

Campus provincial, le Ministre wallon des affaires sociales et de la santé Thierry Detienne a profité de l'occasion pour présenter les grands axes d'un avant-projet de décret. Cette nouvelle disposition traitera de « l'agrément et du subventionnement des réseaux d'aide et de soins, et des services spécialisés en assuétudes ».

Pour l'heure, il se dégage plusieurs pistes. Tout d'abord, l'ensemble des assuétudes serait pris en compte. Il s'agirait non seulement de traiter la dépendance aux drogues illicites, mais également à l'alcool, au tabac et aux jeux.

Le ministre semble également convaincu du bien-fondé de la mise en réseau. Vu le grand nombre d'initiatives existantes, il s'agira essentiellement de les identifier, mais surtout de s'appuyer sur elles. Ainsi, le réseau, constitué en asbl, définira un projet pour trois ans à partir des ressources et en fonction des besoins. Le but premier de ce futur décret est d'inciter les différents acteurs à se constituer en réseau.

### Le concept de réduction des risques

La seconde partie du colloque fut consacrée à la réduction des risques.

Il y a vingt ans, l'abstinence était une condition à l'accès à la prise en charge. D'autres approches se développèrent ensuite, afin de limiter au maximum les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues.

Conjointement, c'est le virus du sida qui va notamment forcer pouvoirs publics et intervenants à modifier leurs pratiques, et toucher un public jusque là peu concerné par les structures d'aide. Par la suite, la réduction des risques s'est élargie, pour prendre en compte les dangers sociaux, voire psychologiques.

En outre, avec la politique de réduction de risques, l'utilisateur de drogues a de nouveau la possibilité d'être acteur de sa santé et de celle des autres, mais aussi d'éclairer les intervenants, auxquels il apporte son savoir.

D'autres représentants des services parte-

naires du réseau ont également pris la parole et ont présenté le projet pilote de réduction des risques, mis en place en partenariat avec plusieurs autres services du réseau. Le projet vise à promouvoir la RDR par des usagers de drogues auprès de professionnels de la santé.

Le public ciblé est composé de médecins généralistes, auprès desquels l'utilisateur apporte ses connaissances, tout en bénéficiant d'une réinsertion professionnelle. Pour l'heure, seule l'étude de faisabilité a été accomplie. Elle a pris la forme de travail en « focus group », à savoir l'interview en groupe de publics concernés. Une réalité s'en dégage : la difficulté d'élaborer une définition commune de la réduction des risques qui soit opérationnelle sur le terrain...

En cours d'après-midi, les saynètes jouées par la Compagnie Maritime ont détendu l'auditoire. Avec humour et réalisme, elles ont mis au jour certaines situations vécues par les partenaires du réseau.

### Le réseau s'agrandit

Tout prochainement, le réseau namurois devrait bénéficier de la présence de nouveaux partenaires : les « Plans drogue », en fonction depuis fin 2002. Une convention de partenariat leur sera proposée. Elle définira clairement certaines conditions essentiellement d'ordre éthique auxquelles il faudra adhérer au minimum.

Posé sur des bases solides, le réseau des services de prévention des assuétudes et de réduction des risques se situe seulement à l'aube de son développement, et ne demande qu'à bénéficier de l'apport de tous les partenaires compétents de la province.

*Les actes du colloque sont disponibles au prix de 8 € à la Coordination Sida Assuétudes, rue Château des Balances 3/13, 5000 Namur. Tél.: 081-721 621. Fax : 081-721 620. Si vous faites votre demande par courriel à [sida.toxicomanie@province.namur.be](mailto:sida.toxicomanie@province.namur.be), ils vous seront envoyés gratuitement comme pièce jointe.*

## Les filles consomment (presque) autant de tabac que les garçons

Selon un nouveau rapport publié à l'occasion de la Conférence mondiale sur le tabac ou la santé d'Helsinki, les jeunes filles fument presque autant de cigarettes que les garçons. Les résultats montrent aussi que les filles consomment autant que les garçons les autres produits dérivés du tabac : tabac à chiquer, bidis<sup>1</sup>, narguillé. Souvent, la

consommation de ces produits est encore plus fréquente que celle des cigarettes. Ces constatations proviennent d'une grande enquête internationale, qui a étudié la consommation de tabac chez plus d'un million d'adolescents dans plus de 150 pays. « Ces informations auront des conséquences majeures pour la lutte antitabac, affirme

Charles W. Warren, spécialiste scientifique principal des CDC (Centers for Disease Control and Prevention) pour cette enquête. Il faut premièrement mettre au point des programmes prenant en compte les préoccupations des femmes et soulignant les graves risques qu'entraîne la consommation de tabac pour la santé, notamment au niveau de



## L'enquête en pratique

Elle est réalisée auprès des élèves des écoles publiques et privées. Les classes sont choisies au hasard dans les écoles sélectionnées et tous les élèves des classes retenues participent à l'étude. Ils répondent seuls à un questionnaire anonyme et confidentiel, comportant les mêmes questions dans tous les pays.

Chaque pays peut cependant en ajouter d'autres en fonction de sa situation ou de ses intérêts spécifiques. L'enquête a été menée dans 25 sites de la région africaine, 42 sites des Amériques, 14 de la Méditerranée orientale, 8 en Europe, 22 en Asie du Sud-Est et 10 dans la Région du Pacifique occidental.

L'OMS et les CDC veulent augmenter le nombre des pays participants, de façon à pouvoir disposer d'un outil standardisé pour contrôler les divers éléments de leurs programmes de lutte antitabac, mesurer les tendances et évaluer l'efficacité des programmes d'intervention conçus pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes.

la santé génésique et des nourrissons qui ont été exposés pendant la grossesse aux toxines du tabac. Deuxièmement, la fréquence de consommation des produits du tabac autres que la cigarette impose d'élargir le plus possible les programmes de lutte. »

Ces constatations donnent également à penser que les projections de la mortalité due au tabac pour l'avenir sont une sous-estimation de ce qui se produira, car elles se basent sur les tendances actuelles de la consommation chez l'adulte, avec environ seulement une femme qui fume pour quatre hommes. La nouvelle étude n'a trouvé aucune différence entre les sexes chez les jeunes de 13 à 15 ans dans plus de la moitié des régions pour la consommation de cigarettes (61 sur 120) et dans plus de 70 % des régions pour les autres produits du tabac (82 sur 117).

« Ces constatations pourraient amener à réviser sensiblement à la hausse les projections de

## Rapport hommes/femmes pour le tabagisme en fonction de la Région OMS

Région	Adultes	Jeunes
Afrique	7.2 : 1	2.2 : 1
Amérique	1.6 : 1	1.2 : 1
Méditerranée orientale	8.8 : 1	4.3 : 1
Europe	1.8 : 1	1.2 : 1
Asie du Sud-Est	11.0 : 1	4.2 : 1
Pacifique occidental	7.5 : 1	1.7 : 1

la mortalité annuelle due au tabac. Elles aideront les gouvernements nationaux à s'attaquer au problème en lançant des campagnes de communication, d'éducation et de sensibilisation qui s'adressent plus particulièrement aux femmes ou aux hommes », a déclaré le Dr Vera da Costa e Silva, administrateur de projet *Pour un monde sans tabac* à l'OMS.

### Variations régionales

Cette nouvelle enquête a également montré de grandes variations dans la consommation des cigarettes et des produits du tabac chez les jeunes en fonction des différentes régions. Par exemple, la consommation de cigarettes chez les garçons varie entre 0,5 % à Delhi et à Goa et 41,8 % à Bamako (Mali). Chez les filles, la consommation des autres produits du tabac varie entre 0,4 % à Macao (Chine) et 62,2 % dans les Iles Mariannes du Nord (Océanie).

Bien qu'il soit difficile de faire des comparaisons entre jeunes et adultes en raison des différences de méthode et d'époque, le tableau ci-dessous montre que les différences entre hommes et femmes sont partout plus faibles dans la nouvelle étude par rapport aux enquêtes antérieures.

Dans cinq des six régions de l'OMS, on n'a observé aucune différence dans la consommation de cigarettes entre les sexes. De plus, il n'y a pas de différence significative pour les autres produits du tabac dans plus de la moitié des sites des mêmes régions. Seule la Méditerranée orientale compte une majorité

de sites où les garçons fument et consomment davantage de produits du tabac.

La consommation de tabac est la première cause évitable de mortalité dans le monde. L'OMS lui attribue actuellement 4,9 millions de décès par an et l'on s'attend à ce que ce chiffre double dans les vingt prochaines années. L'OMS et les CDC ont mis au point cette enquête pour établir la consommation de tabac chez les jeunes dans les différents pays à l'aide d'une méthode et d'un questionnaire communs. Ce système de surveillance a pour but de renforcer la capacité des pays à concevoir, mettre en œuvre et évaluer les programmes de lutte antitabac et de prévention.

« Cette enquête constituera l'un des principaux systèmes de surveillance à la disposition des pays lorsqu'ils commenceront à élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs programmes de lutte antitabac pour faire diminuer la consommation. De tels systèmes de surveillance deviendront indispensables aux pays pour contrôler que leurs stratégies et programmes concrétisent les objectifs et les cibles fixés dans la convention-cadre pour la lutte antitabac », explique le Dr da Costa e Silva.

*Pour de plus amples informations sur l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, consulter le site*

<http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS.htm>

<sup>1</sup> Les bidis sont des sortes de cigarettes au goût sucré très bon marché et de plus en plus populaires parmi les jeunes.

## Un plan offensif du cdH pour une stratégie globale de lutte contre le tabac

La lutte contre le tabagisme doit être une priorité politique absolue. Il y va de la vie de près de 20.000 personnes par an. Le cdH et sa députée Catherine Doyen-Fonck proposent un plan global de lutte contre le tabagisme. Celui-ci se décline autour de 5 axes et se concrétise par des propositions législatives (propositions de loi, de résolu-

tion, interpellations parlementaires) que la Députée cdH soumettra à la discussion parlementaire durant cette législature.

### Limiter l'accès aux produits de tabac

#### Interdire la vente aux mineurs

Si une politique d'interdiction n'est a priori

pas adéquate si l'on veut responsabiliser les citoyens à l'égard de leur santé, elle s'avère néanmoins nécessaire pour freiner un tabagisme ravageur chez les jeunes. La proposition de loi se veut donc un moyen de protection des jeunes contre le tabagisme. Ce ne sont pas les mineurs d'âge qui seront sanctionnés mais bien ceux qui leur

vendront des cigarettes, des produits à base de tabac ou des accessoires pour consommer le tabac.

### **Interdire les distributeurs automatiques**

Il y a en Belgique plus de 70.000 points de vente, dont 30.000 distributeurs automatiques. Par comparaison, la France avec une population et une superficie nettement plus grandes, ne dispose que de 35.000 points de vente.

La première mesure de limitation des points de vente proposée par le cdH est d'interdire la vente de tabac par distributeurs automatiques.

### **Interdire la distribution gratuite de tabac**

La proposition de loi complète la loi du 10 décembre 1997 pour interdire toute distribution gratuite, dans le cadre de fêtes, d'actions de promotion... de tabac, de produits du tabac mais aussi d'accessoires liés à la consommation de tabac (papier à cigarettes, étuis pour cacher les paquets, tubes...).

### **Augmenter le prix du paquet**

Les expériences et la littérature internationales montrent clairement que majorer le prix du tabac et des produits dérivés constitue le moyen le plus efficace pour réduire la consommation à condition qu'il s'agisse d'une augmentation importante.

Il y a lieu d'accentuer cette politique tarifaire volontariste notamment par une augmentation significative d'au moins 20 %, soit pour le paquet de 25 cigarettes, un passage de 4 à 5 €, qui aura un effet dissuasif plus important que les augmentations progressives qui ont été faites au cours des dernières années.

Par ailleurs, en vue d'aboutir à une harmonisation européenne et de régler les problèmes d'achats transfrontaliers, une seconde augmentation visant à s'aligner sur les prix français doit également être programmée à moyen terme.

### **Dénormaiser le tabac dans la société**

Actuellement, la législation relative à l'interdiction de fumer est relativement réduite. Il est interdit de fumer dans les lieux fermés et accessibles au public. Des exceptions sont prévues notamment dans le secteur de l'HORECA. On constate que ces dispositions légales sont trop peu respectées et que la plupart des plaintes n'aboutissent pas.

Sur base des données de 2002 de l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire (AFSCA), 40 % des lieux de consommation visités n'étaient pas conformes à la réglementation. Selon une étude du CRIOC, 59 % des non-fumeurs éprouvent des difficultés à trouver un espace sain dans un restaurant.

Par ailleurs, il y a manifestement trop peu d'inspecteurs pour contrôler toutes les infractions, et les agents de la force publique ne sont pas suffisamment responsabilisés. Ils considèrent que ce n'est pas leur rôle de signaler de telles infractions.

Toutes ces compétences relèvent de l'Exécutif, c'est pourquoi, par une résolution, la Députée Catherine Doyen-Fonck demande au Gouvernement de renforcer les moyens de l'administration chargée de surveiller l'application de la loi relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Aucune loi ne prévoit la possibilité d'interdire de fumer sur le lieu de travail. La consommation de tabac sur le lieu de travail est réglementée par le RGPT. Celui-ci part du principe qu'il est permis de fumer sur les lieux du travail mais prévoit que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires en vue d'établir un environnement de travail respectant les attentes tant des fumeurs que des non-fumeurs.

Le cdH estime qu'il faut inverser le principe : sur les lieux de travail, la règle de base doit être l'interdiction de fumer, à laquelle certaines exceptions peuvent être apportées au nom de la tolérance et de la courtoisie mais dans des circonstances de loisirs qui préservent les droits à la santé des non-fumeurs.

Actuellement, selon la réglementation en vigueur, il est interdit de fumer dans les écoles. Cette réglementation n'est pas respectée, et dans certaines écoles, les « grands » élèves sont autorisés à fumer.

Il est nécessaire de délivrer un message clair quant à l'interdiction de fumer à l'école. Le cdH propose une résolution en ce sens.

### **Aider et encourager à l'arrêt du tabac**

La députée proposera aussi une loi organisant la prise en charge des substituts nicotiques par l'INAMI. Le remboursement de ces médicaments par l'assurance soins de santé est cependant conditionné par un suivi médical du sevrage tabagique. Dans un premier temps, le remboursement sera limité aux mineurs d'âge.

Le cdH propose en outre la création d'un numéro vert « Tabac info service ». Cette

ligne téléphonique, ouverte 7 jours sur 7 en journée et en soirée est destinée à informer, soutenir et accompagner les fumeurs dans leur démarche d'arrêt.

### **Mettre en œuvre le principe du « pollueur-payeur »**

Par sa nocivité, la consommation de tabac suscite des coûts considérables pour la collectivité. En Belgique, les dépenses de soins médicaux liées à la consommation de tabac, dans le cadre de l'assurance soins de santé, sont estimées à 1.441 millions pour 2002, ce qui représente près de 10 % du budget des soins de santé.

Les producteurs dégagent des profits considérables grâce à la vente de ces produits.

Selon le principe du « pollueur-payeur », il y a lieu de faire supporter une partie des coûts de santé engendrés par la consommation de ces produits par ceux qui les suscitent.

La proposition de loi vise à créer un Fonds financé par une contribution, proportionnelle au chiffre d'affaires des sociétés, qui produisent et commercialisent le produit.

Ce Fonds permettrait d'assurer une forme de remboursement des dépenses consenties collectivement par le biais de l'assurance maladie invalidité pour couvrir les coûts liés aux dommages provoqués par la consommation de produits.

Dans le cadre du vote de la loi du 30 juillet 2003 relative à la publicité pour le tabac, autorisant le parrainage du Grand Prix de Francorchamps<sup>1</sup>, le Gouvernement s'est engagé à mettre sur pied un Fonds de lutte contre le tabagisme. Aujourd'hui, ce Fonds n'existe pas mais par contre il existe une Fondation financée et gérée par l'industrie du tabac.

Anne-Marie Corbisier, Chef de groupe à la Communauté française, a interrogé la Ministre de la Santé sur la mise en œuvre du Fonds anti-tabac. La Ministre Maréchal a renvoyé la balle dans le camp du Gouvernement fédéral et du Ministre de la Santé en particulier. La Députée Catherine Doyen-Fonck a déposé sur la table du Parlement une proposition d'interpellation au Ministre Demotte, relative à la mise en œuvre du Fonds de lutte contre le tabagisme et à la confusion que crée l'action de la Fondation Rodin<sup>2</sup>.

### **Signer et ratifier la Convention OMS de lutte anti-tabac**

Le 21 mai 2003, l'OMS a réussi après plusieurs années de négociation, à mettre au point une convention internationale relative à la lutte anti-tabac<sup>3</sup>.

Il s'agit d'un accord entre les représentants scientifiques des différents pays-membres sur les moyens minimums à mettre en œuvre dans tous ces pays pour aboutir à une lutte efficace, coordonnée et à long terme contre le tabagisme. Cet accord est construit sur 4 axes :

- la limitation de la publicité en faveur des produits du tabac et le parrainage ;
- le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac ;
- la protection contre l'exposition à la fumée de tabac ;
- la lutte contre le commerce illicite de tabac.

Cette convention-cadre est une réalisation remarquable qui constitue le premier ins-

trument juridique conçu pour faire diminuer la mortalité due au tabac dans le monde. L'enjeu actuel est que cette convention soit signée et ratifiée aussi vite que possible. Pour que le traité entre en vigueur, 40 pays doivent le signer puis le ratifier. Actuellement, 72 pays ont signé la convention et seulement 3 pays l'ont ratifiée. La Belgique n'a ni signé, ni ratifié la convention OMS.

Par une résolution, la Députée Catherine Doyen-Fonck demande au Gouvernement fédéral et au Ministre de la Santé publique en particulier de signer et de ratifier immédiatement cette convention. Notre pays, qui obtient au niveau mondial les meilleurs résultats quant à l'efficacité de son système

de soins de santé, doit dans cette matière montrer l'exemple.

*D'après un dossier fourni par Madame Doyen -Fonck*

- 1 On se rappellera que le cdH a voté, avec d'autres, à la veille des vacances parlementaires, cette loi autorisant à nouveau sur le territoire belge la publicité tabac lors d'événements d'importance mondiale. Evidemment, on sait ce que le courage politique a coûté aux écologistes du Nord et du Sud du pays (qui se sont abstenus lors du vote) dans cette affaire...
- 2 D'après le Ministre fédéral de la Santé, le fonds public de lutte contre le tabac sera bien opérationnel en 2004, sur une base de 2.000.000 € par an, un 'Comité de lutte contre le tabagisme' étant créé pour assurer la cohérence des actions fédérales, régionales et communautaires. A suivre, donc...
- 3 Voir à ce sujet Education Santé n° 180, 181 et 185.

## Mon cartable poids plume

Dans le courant de l'année 2003, Jean-Marc Nollet, Ministre de la Petite enfance et de l'Enseignement fondamental, a réuni un groupe d'experts et intervenants, essentiellement du monde de l'éducation, et pour certains du secteur de la santé, afin de réfléchir au problème récurrent du poids du cartable sur les épaules des jeunes écoliers.

L'idée était d'impliquer les enseignants, les parents et les enfants dans la réflexion et la gestion de cette problématique, dans l'optique d'un meilleur bien-être des enfants, avec à l'arrière-plan la prévention des maux de dos. D'après l'*Ecole des sports* de l'ULB, qui développe depuis quatre ans des animations dans les écoles primaires de Wallonie et de Bruxelles, des enquêtes indiquent que 20% des enfants du primaire et 60% des élèves du secondaire se plaignent déjà de maux de dos. Le port inadéquat du cartable est un des facteurs à l'origine de ces plaintes, avec le manque d'exercice et le mauvais maintien.

La campagne a démarré en octobre dernier,

par l'envoi dans les écoles primaires d'un courrier du Ministre, de dépliants, d'affichettes et de signets pour les enfants, ainsi que par le lancement d'un site sur lequel les trois publics visés, et particulièrement les enfants, sont appelés à l'action. Son adresse : [www.moncartable.be](http://www.moncartable.be)

La rubrique qui s'adresse plus particulièrement aux enfants s'intitule « Cartable à malices » : ils y trouveront une série de jeux, d'informations et de témoignages d'autres enfants.

Une rubrique « Cartable pratique » pourra servir de lien entre les classes et les écoles, afin d'échanger les trucs et astuces utilisés par chacun.

La rubrique « La plume des enseignants » fournit une série de pistes pédagogiques et d'idées d'animations dans différentes matières scolaires : français, mathématique, exercice physique, éveil scientifique, technologie...

Une série de textes de référence et une liste de ressources complémentaires sont aussi disponibles sur le site. Enfin, le dépliant et les signets avec les visuels de la campagne peuvent être téléchargés.

N'hésitez pas à le visiter !

### Aux dernières nouvelles...

Environ un mois après le lancement de la campagne, les promoteurs du site ont déjà enregistré près de 7800 visites et ont reçu plus de 200 courriers électroniques, pour la plupart venant d'enfants qui réagissent très positivement à l'initiative. C'est déjà en soi

un beau succès. Une évaluation plus en profondeur sera faite dans les prochains mois, pour vérifier que ce succès a aussi touché les enseignants.

Une relance de la campagne aura lieu au printemps, essentiellement à l'intention des enseignants, parents et enfants de troisième maternelle, en prévision de leur grande entrée en primaire.

*Renseignements complémentaires : Cabinet du Ministre de l'Enfance, tél. 02-213 35 11.*

Maryse Van Audenhaeghe



### Les partenaires

L'A.G.E.R.S. - Service général des affaires pédagogiques et du pilotage du réseau d'enseignement organisé par la Communauté française

La Fédération des associations de parents d'élèves de l'enseignement officiel - FAPEO  
L'Union des fédérations des associations des parents de l'enseignement catholique - UFAPEC

La Ligue des familles

L'Ecole des sports de l'ULB

Ampli Junior - Mutualités socialistes de Charleroi

Infor Santé - Alliance nationale des mutualités chrétiennes

### Les trois mots-clés de la campagne

**Trier** : de quoi-je besoin aujourd'hui ?  
J'emporte uniquement ce qui est nécessaire.

**Ranger** : j'organise correctement le contenu de mon cartable, je réparties les objets pour l'équilibrer, les objets les plus lourds seront contre mon dos.

**Ajuster les sangles** : je porte mon cartable « tout » contre mon dos.



# L'outil « animation-santé », de l'empirisme à l'évaluation

**L'**animation-santé est une méthode d'éducation pour la santé pédagogique, utilisée par notre association depuis plus de quinze ans<sup>1</sup> avec des groupes de personnes pour qui l'accès à la prévention et aux structures de soin est semé d'obstacles ou d'embûches<sup>2</sup>.

Ces obstacles peuvent être ceux de la langue, de l'analphabétisme, d'une scolarité faible ou inexistante, de conditions de vie précaires, d'une méconnaissance de notre système de soins de santé... et bien souvent plusieurs de ces facteurs à la fois. Pourtant, les personnes vivant dans des conditions difficiles, qu'elles aient ou non franchi les étapes d'un parcours migratoire, possèdent un savoir-faire qui s'est constitué au fil de ces épreuves et force même souvent l'admiration. Ce sont ces ressources que l'animateur-santé veut exploiter : dans l'animation-santé, chacun est appelé à s'exprimer dans le but de mieux comprendre ses besoins, mais aussi de prendre conscience de ses ressources et d'en faire profiter les autres, et enfin, de les amplifier avec l'aide de l'animateur.

## Qu'est-ce qu'une animation-santé ?

### La méthode : interactive, souple... et rigoureuse

Il s'agit donc d'une technique de groupe ayant pour finalité l'augmentation du bien-être. Un groupe (composé d'une quinzaine de personnes) peut être rencontré une fois ou plusieurs fois – cette dernière situation est plus favorable à un travail en profondeur. Le travail d'animation se fait en partenariat étroit avec l'institution demandeuse : maison médicale, maison de quartier, etc. Ce sont ces institutions qui nous contactent lorsqu'elles pensent qu'une ou des animations-santé pourraient concourir à la poursuite de leurs objectifs.

### Plusieurs phases

En dépit d'une grande variabilité explicable par la nécessité de s'adapter à chaque groupe particulier, différentes phases peuvent être répertoriées dans l'animation-santé. Ces différentes phases s'interpénètrent dans le temps. Citons : la création d'un climat de confiance, le recueil des besoins, le recueil des représentations, croyances, connaissances et autres ressources, et enfin la poursuite d'objectifs pédagogiques ou communautaires (par exemple, un projet de groupe).

### Objectifs pédagogiques : cible mobile

Pour atteindre ses objectifs pédagogiques, l'animateur utilise des procédés et du matériel visuel à trois dimensions adaptés au public ayant des difficultés avec la lecture. Ces objectifs ne seront réellement clairs pour l'animateur que lors de la rencontre avec le groupe, et encore peuvent-ils évoluer au cours de cette rencontre, en fonction de la dynamique du groupe. Un exemple d'une telle évolution est donné dans l'encadré ci-contre. Cette démarche « en cascade » demande autant de rigueur que de souplesse. Changer d'objectif ne signifie pas perdre de vue tout objectif ! S'il modifie les objectifs pour lesquels il s'était préparé, l'animateur doit évidemment se contenter des connaissances qu'il possède « au pied levé », et du matériel didactique qu'il avait initialement emporté.

Il arrive que le seul objectif pédagogique que se fixe l'animateur lors d'une séance soit la création du climat de confiance et l'expression de tous les participants ; en effet, parmi les personnes en précarité, s'exprimer en groupe peut être devenu très difficile, et faire qu'elles y parviennent est le préalable indispensable à toute autre démarche de promotion de la santé.

L'animation-santé offre aux participants l'occasion d'expérimenter des relations positives avec autrui ; cette expérience est potentiellement très bénéfique pour des personnes confrontées à des milieux de vie hostiles. Elle peut se répéter sans danger dans le groupe, jusqu'à ce que la personne se sente capable de risquer de telles expériences à l'extérieur du groupe.

### Ni sauveur, ni prof' : accompagnateur

Lors de la poursuite des objectifs pédagogiques, l'animateur se positionne comme un

### A propos des objectifs pédagogiques : exemple du CO

Un animateur requis pour participer à un programme de prévention des intoxications par le CO, peut, après vingt minutes de discussion en groupe, décider que son objectif du jour se « limitera » à faire comprendre que la quantité de sang prise à chaque prélèvement sanguin est en fait très petite ; en effet, il a décelé dans le groupe une forte réticence vis-à-vis de la prise de sang, et la croyance que celle-ci affaiblit et constitue un danger (NB : le prélèvement sanguin est à la base du diagnostic de l'intoxication).

Il passe une heure à écouter les réticences et les croyances, et à faire manipuler aux participants des petits tubes, des bouteilles et de l'eau pour qu'ils prennent conscience de l'importance relative du volume sanguin et du volume d'un prélèvement. Les « Oh, comme il y en a peu ! », « C'est tout petit ! » lui indiquent que les nouvelles connaissances acquises par le groupe pourraient éventuellement être un facteur de modification de leur attitude vis-à-vis de l'examen sanguin.

Il se peut que cet animateur, en sortant, rencontre l'un des responsables de l'institution qui lui dira : « Alors, vous avez bien passé en revue tous les appareils de chauffage, les raccordements, les chauffe-eau ? » « J'ai seulement montré qu'il n'était pas dangereux de subir une prise de sang ! », répond notre animateur.

Doit-il en être penaud... ou fier ? A vous de juger !

catalyseur autant que comme un expert dispensateur de savoir. Ce positionnement doit permettre aux attentes de s'exprimer et se clarifier, aux questions de se formuler, et aux réponses de jaillir petit à petit du groupe lui-même et de s'ordonner progressivement, avec l'aide et l'accompagnement de l'animateur.

### Les contenus : tout l'éventail des déterminants de santé

Ce qui émerge ainsi au cours de l'animation peut appartenir à différents domaines de la santé : connaissance du corps, connaissance des maladies, leur prévention, leur dépistage et leurs traitements, éducation des enfants, bien-être psychique et rapports

<sup>1</sup> Voir le « Guide de l'animation-santé » de Nicole Tinant, Cultures et Santé – EVO éd., Bruxelles, 1993 ; et « Information sexuelle ; Le guide pratique de l'animation-santé » de Nicole Tinant et co-auteurs, même éd., 1995. Ces deux ouvrages sont disponibles à Cultures et Santé – Promosanté.

<sup>2</sup> L'association est agréée en tant qu'organisme d'éducation permanente par le Ministère de la Communauté française, et soutenue par le Service d'intégration sociale de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

avec les autres, bien-être au travail, influences de l'environnement, etc.

Selon le cas, un thème principal est ou non défini à l'avance. Dans le premier cas, comme on l'a vu plus haut, l'animateur essaie d'être au plus près des réels besoins des participants ; lorsqu'aucun thème n'est défini, c'est de l'analyse des besoins avec le groupe qu'émergera le sujet de l'animation ou de la série d'animations. En essayant de définir ses besoins, il peut arriver que le groupe passe par la définition de situations à problèmes auxquelles il souhaite remédier.

Les réponses que les participants élaboreront ensemble ne seront sans doute pas toujours exactement celles que la science dispense dans les ouvrages ou les conférences académiques. Mais elles ont de fortes chances d'être adaptées aux besoins particuliers des participants et aux situations qu'ils vivent. Le savoir, savoir-être ou savoir-faire révélé, ordonné et produit par l'animation-santé n'est pas du prêt-à-porter... mais bien du « sur mesure » !

### Les difficultés

Les difficultés le plus souvent rencontrées lors des séries d'animations sont posées par les groupes ouverts et mouvants. Il est difficile de conserver un groupe stable tout au long de l'année, et ceci peut entraver la poursuite d'objectifs à moyen terme. Nos animateurs essaient de s'adapter à cette réalité ; selon les groupes et les institutions, on essaie de poser un cadre plus ou moins strict pour les animations (arriver à l'heure ou non, s'engager pour plusieurs séances ou non...). Cette difficulté se présente moins souvent dans les groupes en formation ou pré-formation professionnelle, plus stables.

### Et l'évaluation ?

La dynamique des animations est toujours riche et porteuse ; beaucoup d'informations s'échangent, des prises de conscience se font, des confiances se reconstruisent. Au delà de cette évaluation subjective, l'animation-santé est un outil difficile à évaluer en terme de résultats : l'adaptation instantanée des objectifs pédagogiques aux besoins des participants, leur manque de connaissance de la langue parlée ou écrite, la mouvance des groupes, la difficulté d'un suivi à long terme rendent l'évaluation pédagogique et l'évaluation de résultat et d'impact particulièrement compliquées sur le plan méthodologique.

Ceci ne doit pas empêcher l'animateur de chercher à s'équiper d'outils rigoureux pour évaluer son action. A Cultures et Santé - Promosanté, nous avons choisi de procéder tout d'abord à une évaluation rigoureuse du processus : que se passe-t-il dans une anima-

tion-santé ? Quels sont les problèmes rencontrés par les animateurs ou par le public ? Quels sont les objectifs de cet outil, et permet-il de les atteindre ? De quelles méthodes et techniques est-il constitué ? Etc. Ces questions ont été explorées au cours d'une recherche-action d'une durée de trois ans, soutenue par le Ministère de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française.

## L'évaluation de processus en recherche-action

### Cadre de référence : les objectifs des animateurs

Notre secteur d'animation-santé d'adultes s'est fixé une série d'objectifs :

- avec les institutions demandeuses : pour toute demande, un travail d'analyse et de négociation est mené avec les travailleurs et les responsables concernés ;
- avec le public-cible : les objectifs se déploient selon cinq grandes orientations : l'instauration de la confiance, la prise de conscience individuelle ou collective des besoins et des problèmes, l'expression de ces besoins et problèmes, l'émergence de démarches actives individuelles et collectives (à l'intérieur ou à l'extérieur du groupe), et enfin l'assurance d'une continuité.

Notre but n'est pas de figer l'animation-santé, mais au contraire de comprendre cet outil dans ce qu'il a de vivant et d'étroitement dépendant du temps, des circonstances et des caractéristiques du public de participants. Pour ce faire, une grille d'observation a été construite en consensus par les animateurs du secteur

### Une grille d'observation

Pour établir la grille, les animateurs se sont appuyés sur leurs propres expériences ainsi que sur les nombreux rapports d'animation engrangés par l'institution. Le savoir-faire des acteurs en promotion de la santé extérieurs à l'institution a aussi été exploité, par le biais des rapports d'évaluation de nos cycles de sensibilisation des relais à la pratique de l'animation-santé.

La grille comporte notamment une vingtaine de questions, qui explorent les principales méthodes et techniques utilisées en animation-santé ainsi qu'une série d'effets ou d'événements qui peuvent être observés pendant l'animation.

Après plusieurs phases de test de la grille, un total de 88 animations a été observé. Elles ont concerné 32 groupes. Ceux-ci peuvent se répartir grossièrement en deux catégories : ceux que nous appellerons « groupes d'accueil », par opposition à ceux qui relèvent d'un projet d'insertion socio-professionnelle

(pré-formation ou formation). Les « groupes d'accueil » sont formés à l'initiative d'associations d'alphabétisation, de maisons de quartier, de partenariats de quartier, d'associations ouvertes aux personnes en séjour illégal, ou encore sont des groupes de parents d'élèves, ou de parents venant avec leur bébé dans une « maison ouverte »<sup>3</sup>.

Chaque groupe a participé à une animation minimum, jusqu'à une série de dix animations. Le nombre de participants par animation variait entre 7 et 13, avec une moyenne d'une dizaine de participants.

### Les résultats

Nous avons regroupé les questions de la grille par grandes catégories, et pour chacune, nous synthétiserons les résultats de la recherche.

### L'instauration d'un climat de confiance

Pour prendre la mesure de la confiance ambiante, les observateurs ont utilisé une série d'indices verbaux et non verbaux. Au-delà de l'écoute de l'animateur, les participant(e)s témoignent qu'ils sont en confiance lorsqu'ils laissent s'exprimer leurs émotions par des sourires, des rires, des expressions de tristesse... S'ils étaient au départ tendus, repliés sur eux-mêmes, on peut les voir petit à petit s'ouvrir et se détendre. Il arrive que les femmes, se sentant à l'aise, ôtent leur foulard ou leurs chaussures...

La participation verbale est bien sûr un signe déterminant de la confiance : les participants osent poser des questions et donner leur avis, échangent des informations, racontent leurs expériences, et se permettent de dénoncer des faits qui leur posent problème ou d'énoncer des revendications.

Dans toutes les animations, plusieurs de ces indices ont été relevés. En moyenne, cinq de ces signes sont simultanément présents. Dans tous les cas, le climat de confiance s'installe dès la première animation. Des signes indirects de la confiance sont également observables.

### Une éthique et des règles

Pour que la confiance persiste, il est impératif qu'une série de règles déontologiques et éthiques soient respectées par l'animateur et par les participants. Par exemple, ces derniers doivent avoir l'assurance que leurs propos ne seront pas divulgués hors du groupe, et que toutes leurs réactions seront accueillies dans le respect. Les observations montrent que l'animateur ressent la nécessité d'énoncer des règles de fonctionnement dans plus de la moitié des animations, sou-

<sup>3</sup> Lieu d'accueil et de jeu pour les bébés et petits enfants accompagnés d'un ou plusieurs adultes.

## Un petit choix de croyances...

- On soigne une plaie avec des cendres de cigarette, et une brûlure avec des épiluchures de pomme de terre (exemple d'approche positive : « Il est vrai que les épiluchures de pommes de terre donneront une impression de fraîcheur à l'endroit de la brûlure ; pour obtenir un véritable refroidissement, le plus radical est de mettre la partie brûlée sous le robinet d'eau froide pendant dix minutes »).
- Je ne veux pas faire de prise de sang : le médecin pourrait trouver des maladies pour lesquelles je ne pourrai rien faire, et je serai encore plus malade.
- On soigne l'anémie avec du vin rouge ou du concentré de tomates.
- Boire de l'eau tiède à jeun fait maigrir car cela dissout les graisses.
- Le lait est bon pour les personnes cardiaques.
- On soigne la toux en avalant de l'huile de palme dans laquelle on a mis une goutte de pétrole.
- La pilule fait fondre les spermatozoïdes.

vent lors de la première animation d'une série. La règle la plus souvent énoncée est de s'écouter les uns les autres sans s'interrompre ; ensuite vient la règle de confidentialité.

### Les techniques de l'animateur-santé

Pour poursuivre ses objectifs, l'animateur-santé utilise différentes techniques. Elles sont reprises à la figure 1. Dans 84 % des cas, l'animateur renvoie des questions au groupe, afin d'amener le groupe à utiliser ses propres ressources, dans une finalité de valorisation et d'autonomie. Cette technique laisse aussi le temps au groupe de mieux découvrir ses vrais besoins ; parfois, derrière une simple demande d'information, il s'en cache d'autres, qui touchent de plus près les préoccupations réelles des participants. L'autre technique la plus fréquente est la *transmission d'informations* au groupe (dans deux tiers des cas).

D'autres techniques viennent régulièrement compléter ces deux premières : l'expression libre (28 %), le travail sur les représentations (24 %), le recueil des besoins (20 %), l'éducation par les pairs (18 %), le travail sur les croyances (15 %), et l'imagination libre (ou « brainstorming », 14 %). Nous en analysons plus spécifiquement trois ci-dessous.

*Le recueil des besoins* se fait le plus souvent par un tour de table, parfois par questions-réponses et par l'expression libre.

*Les représentations que les personnes ont de tel mot ou concept* sont explorées au moyen de questions-réponses, du brainstorming ou de l'expression libre.

*Les croyances* émises par les participants sont autant de fenêtres ouvertes sur leurs attitudes culturelles, familiales ou personnelles. Il est important de les interroger et de les écouter, notamment pour mesurer si elles font obstacle à un comportement de santé (voir l'encadré ci-contre) ; dans ce cas, il faut pouvoir les travailler sans les attaquer de front. L'approche positive de la croyance est une alternative à la démonstration scientifique classique : l'animateur commence par chercher dans la croyance émise un élément, si petit soit-il, auquel il puisse adhérer ; il peut alors se mettre en accord et non en opposition avec le participant, afin d'utiliser la croyance comme tremplin pour son message d'éducation pour la santé (voir un exemple dans l'encadré ci-dessous). Il peut aussi faire appel aux autres participants ou à une autre expertise, ou encore baser sa démonstration sur des analogies.

Les jeux, le photolangage et le travail en sous-groupe sont des techniques plus rarement utilisées. Cette sélection de techniques par l'animateur est fortement influencée par les problèmes de compréhension de la langue, très fréquents parmi notre public-cible. Dans le cadre de cette étude, le travail manuel n'a été utilisé que lors d'une seule animation.<sup>4</sup>

### La pédagogie : participation, souplesse et... savoir-faire!

Dans presque toutes les animations, l'animateur se fixe un ou plusieurs (maximum trois) objectifs pédagogiques avant l'animation. Dans plus de la moitié des animations, un participant apporte une question, une histoire vécue ou une information générale qui suscitent de l'intérêt et influencent le déroulement de l'animation.

Des problèmes de compréhension sont observés dans les trois quarts des animations. Dans la plupart des cas, ils sont liés à un manque de maîtrise du français ; moins souvent, ils sont de type cognitif. L'animateur doit adapter sa pédagogie et ses outils à cette réalité. Cette réalité explique aussi qu'une évaluation pédagogique par questionnaire est difficile à mettre sur pied avec ce public-cible ; nous devons trouver des stratégies spécifiques pour évaluer les animations-santé.

<sup>4</sup> En éducation pour la santé et dans divers projets de type communautaires, les techniques manuelles et créatives peuvent être utilisées comme « activités-prétextes » permettant de rassembler le groupe autour d'un intérêt commun.

### Des exemples d'histoires vécues et racontées par les participants, qui influencent le déroulement et la dynamique de l'animation

Une mère raconte : « Les enfants m'avaient enfermée dans une pièce ; j'ai cassé la porte car j'avais peur qu'ils aillent sur la terrasse » ; l'histoire introduit un débat sur les accidents domestiques.

Un homme explique : « L'un de mes amis s'est fait opérer, il croyait que tout était remboursé par la mutuelle ; mais il n'a retouché que 60 % d'une facture de 250.000 FB ; cela l'a mis sur la paille ». Cette histoire suscite des réactions très dynamiques dans le groupe, c'est l'occasion pour l'animateur de vérifier et ordonner les connaissances en matière de coût des soins de santé.

### Valorisation et solidarité

Dans plus de la moitié des animations, l'animateur met en évidence des qualités de savoir-être et de savoir-faire des participants. Citons comme qualités relevées :

- le courage, l'honnêteté, le don de soi en situation précaire ;
- les capacités de réflexion, d'observation, de perspicacité, de participation ;
- des aptitudes (par exemple, un participant montre comment il faut porter de lourdes charges sans se faire mal au dos).

Ce comportement de valorisation est moins fréquent entre participants, mais s'observe tout de même dans 12 % des animations. Les qualités relevées sont du même ordre.

Par contre, un soutien entre participants est observé dans 80 % des animations. Il se répartit également entre trois formes d'aide : traduire, informer ou expliquer. En renvoyant les questions au groupe, l'animateur encourage ces comportements.

### Impuissance et contraintes

Dans plus de la moitié des animations, les participants évoquent des contraintes qui empêchent les comportements de mieux-être, et ceci quel que soit le type de groupe. Il s'agit du manque d'argent, du manque de temps pour se soigner, mais aussi de l'insalubrité et l'étroitesse du logement, du manque de solutions de garde d'enfants, des difficultés pour se soigner quand on est en situation illégale.

Dans près de la moitié des animations, l'un ou l'autre participant exprime son impuissance face à des situations concrètes et personnelles difficiles. Ce sentiment est plus souvent enregistré dans les « groupes



d'accueil » que dans les groupes en insertion socio-professionnelle ou en formation. Ces deux dernières observations indiquent que les contraintes sont aussi pesantes dans les deux types de groupe, mais que les personnes en insertion socio-professionnelle ou en formation les vivent avec un moindre sentiment d'impuissance.

### L'émergence de démarches individuelles ou collectives

Dans 13 % des animations, des participants expriment spontanément des décisions de démarches actives pour leur santé : perdre du poids, entamer des démarches pour trouver un emploi ou un bénévolat, se rendre dans une institution de soins, écrire une lettre collective à une ambassade... Dans le cadre de cette recherche, il ne nous est pas possible d'évaluer le devenir à long terme de ces démarches.

Dans notre série d'observations, il est arrivé dans 4 des 32 groupes, que l'animateur résume pour le groupe une situation à problème sur laquelle tout le monde souhaitait agir. Parmi deux projets de groupe qui ont démarré, l'un a pu être mené à terme : des mères ont créé un groupe de parole où elles peuvent parler des problèmes d'éducation de leurs adolescents, tout en étant guidées par un spécialiste. Il s'agit là d'une démarche de pouvoir d'agir collective<sup>5</sup>.

### L'évocation de ressources extérieures au groupe

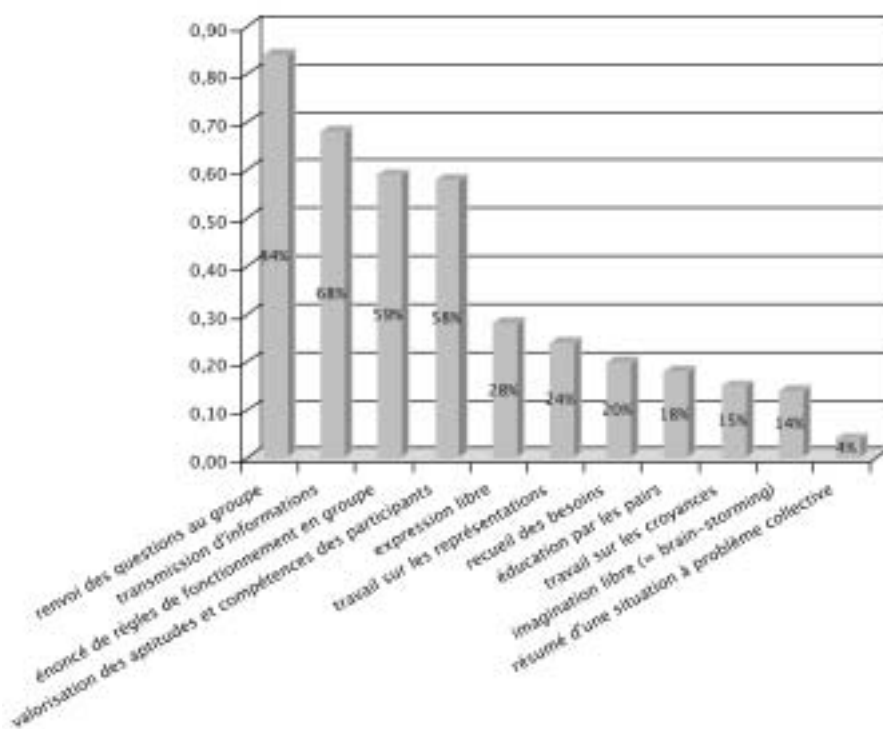
Dans les trois quarts des animations, l'animateur mentionne des ressources extérieures : le médecin généraliste, le médecin spécialiste, l'hôpital, les maisons médicales, le SAMU, l'ONE, Médecins sans frontières, les plannings familiaux, les services sociaux... Pour les problèmes psycho-affectifs, il renseigne sur les services habilités, mais insiste aussi sur l'importance du tissu social et notamment de la famille et des amis.

## Conclusions

L'animation-santé est un outil de promotion de la santé particulièrement adapté aux personnes peu scolarisées, ne connaissant pas bien les langues nationales, ou vivant dans des conditions difficiles. L'évaluation de résultat pédagogique et d'impact de cet outil n'est pas aisée ; en attendant de relever ce défi, nous pouvons néanmoins constater

5 En référence à l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités telle que formalisée par l'équipe de Yann Le Bossé, Université Laval, Québec (voir Decoster B., Pouvoir d'agir et pratiques sociales : changer le monde au quotidien, Education Santé, n° 168 (avril 2002), pp.12-15.)

Figure 1: Techniques utilisées par nos animateurs-santé, avec leurs fréquences d'utilisation (échantillon=88 animations, d'octobre 2001 à décembre 2002)



que notre recherche-action, bien qu'elle consiste en une évaluation de processus, nous donne certains renseignements sur l'impact :

- par rapport au premier objectif, instaurer un climat de confiance, nous avons relevé que dans toutes les animations, plusieurs signes verbaux et non verbaux témoignent de cette installation ;
- pour les deux objectifs suivants, expression et prise de conscience de besoins, nous avons également noté une série de signes indirects observés plusieurs fois dans chaque animation : les participants posent des questions, donnent leur avis, échangent des informations, expriment des émotions, parlent de leurs expériences, évoquent des vécus personnels, osent dénoncer des faits ou être revendicatifs pour que les choses changent... ou encore expriment un sentiment d'impuissance lié à des problèmes bien précis ;
- l'émergence de démarches individuelles ou collectives, quatrième objectif, a également été couvert : des participants évoquent des contraintes qui sont des freins à des comportements qu'ils veulent initier, ils témoignent d'initiatives personnelles, un projet de groupe a été initié ;
- enfin, nous avons vu que l'évocation de ressources externes (mise en réseau, personnes-ressources, famille, informations...) est un moyen d'assurer la continuité qui répond à notre cinquième objectif.

Y a-t-il un modèle unique d'animation-

santé ? Nous observons en fait un continuum entre deux modèles extrêmes : à un bout, une action d'éducation pour la santé pédagogique « classique », et à l'autre bout (quand les conditions le permettent), une action de type communautaire débouchant sur un projet collectif. La limite entre éducation pédagogique et travail communautaire, quoique clairement définie (dans le premier cas, l'animateur détermine les objectifs pédagogiques ; dans le second cas, son objectif est de faire émerger des objectifs communautaires), peut se révéler très fine : s'il en vient à accompagner un groupe dans l'exécution d'un projet commun, l'animateur bascule de l'un à l'autre de ces courants de la promotion de la santé.

Tout au long de ce continuum, l'animation-santé apparaît comme un processus très vivant, mouvant, mouvementé, et à tout le moins, participatif. Cet outil suscite la confiance et favorise la valorisation des personnes ; il permet l'évocation des problèmes vécus et la prise de conscience des besoins ; enfin, il induit l'échange d'informations et d'expériences et l'évocation de ressources extérieures nouvelles. Il réunit donc plusieurs conditions d'atteinte d'un mieux-être, même si la quantification de cet impact reste encore à faire.

D' Marianne Flament, formatrice

Adresse de l'auteur :  
Cultures et Santé – Promosanté ASBL,  
rue Gallait 60, 1030 Bruxelles

# Intégrer des préoccupations de promotion de la santé dans les politiques locales, est-ce possible ?

Le Centre collaborateur de l'OMS/S2D a organisé en lien avec Liège Province – Santé, les 21 et 22 mai 2003, les 1<sup>ères</sup> journées internationales de formation francophones.

Ces journées qui se sont tenues à Liège avec pour thème général « Villes-Santé en pratique », s'adressaient en priorité aux élus et personnels des Villes-Santé.

Les points suivants ont été abordés au cours d'exposés généraux :

- les références et principes fondamentaux du projet Villes-Santé ;
- le cadre général du projet et des stratégies locales ;
- les supports et les outils.

Les tables rondes qui les ont complétées ont permis d'analyser, au regard des critères Villes-Santé, des exemples présentés par des villes engagées dans ce mouvement. Des réunions en ateliers ont été organisées pour permettre aux participants de réagir et de faire part de leurs questions et attentes.

Ces journées de formation ont rassemblé plus de 50 participants parmi lesquels étaient représentés : les réseaux francophones des Villes-Santé dont les réseaux belge, français, tunisien et québécois, 14 villes et représentants de ministères et d'établissements publics, des centres locaux de promotion de la santé (CLPS) et des associations.

Le Centre liégeois de promotion de la santé a pu y présenter la démarche de Conférence locale qu'il a initiée sur son territoire (voir *Education Santé* n° 175) et qui avait pour thème la participation, le travail en réseau, l'intersectorialité et les politiques locales de santé.

Ce fut l'occasion pour nous de découvrir les similitudes et convergences entre le projet de Conférence locale développé par le Centre liégeois de promotion de la santé et le mouvement des Villes-Santé de l'OMS.

Jean Simos, de la Direction Générale de la Santé du Canton de Genève a rappelé les six caractéristiques communes aux Villes-Santé (nous le citons) :<sup>1</sup>

- 1 Engagement pour la promotion de la santé, projets et actions ;
- 2 Prise de décisions politiques centrées sur l'amélioration de la santé publique (le logement, l'environnement, l'éducation, le social...);
- 3 Actions intersectorielles engageant les secteurs intéressés par la résolution d'un problème (ex : urbanisme);
- 4 Participation de la population, à qui on donne les moyens de se prendre en charge (« empowerment »), rôle actif des habitants;

*5 Innovation par une recherche constante d'idées et méthodes nouvelles, et un partage des connaissances.*

*De ces cinq caractéristiques découle une sixième qui traduit une politique saine de santé publique.*

*Le programme Villes - Santé est efficace si :*

- les politiques adoptées visent à créer un environnement propice à la « bonne santé »;
- on observe une amélioration notable des logements, des écoles, des lieux de travail et de tout l'environnement urbain;
- on agit sur les déterminants de la santé.

Ces journées de formation ont permis de souligner les difficultés rencontrées sur le terrain, ainsi que les leviers utilisés qui permettent de progresser vers un projet intersectoriel co-construit.

*« Des échanges, il ressort que sur le terrain, c'est parfois difficile...*

- les compétences restent cloisonnées ;
- le concept de santé est difficile à faire comprendre, trop souvent encore envisagé comme l'absence de maladie, de l'ordre du sanitaire. La définition de l'OMS vieille de plus de 50 ans n'est pas encore connue de tous, et de ce fait la santé n'est pas envisagée comme une des compétences de la ville mais renvoyée à la compétence des Conseils généraux et de l'Etat ;

*- la ligne budgétaire consacrée à la santé est souvent la première sacrée lors de l'établissement du budget municipal ;*

*- à l'intérieur d'une municipalité, on ne trouve quelque soutien qu'auprès des amitiés politiques ce qui peut limiter le projet et l'établissement d'une véritable politique de santé ;*

*C'est parfois difficile, mais ça bouge aussi !*

*- des comités de travail sont mis en place à l'initiative de divers acteurs (ex : santé et précarité, piercings et tatouages, pôle régional autour de la problématique des indicateurs...);*

*- le lobbying près des collègues élus porte ses fruits, et l'Inspection de la santé, dans tous les ordres du jour des conseils municipaux, permet l'accès à l'information et oblige chacun à la considérer comme faisant partie de la politique globale de la ville ;*

*- en 1946, la définition de l'OMS paraissait utopique, vouée à une mort probable... Aujourd'hui cette définition est reprise dans tous les textes officiels concernant la santé publique des différents pays européens et commence donc à être entendue ! »<sup>2</sup>*

A Liège, la Conférence locale a également mis en évidence l'importance - et les difficultés - d'associer les représentants politiques aux projets de santé. Comme l'ont souligné les participants, la commune se révèle être un acteur incontournable qui peut servir à la fois de relais pour la mise en œuvre de politiques de promotion de la santé à une échelle plus vaste et comme une courroie de transmission permettant de mieux connaître les attentes et les besoins de la population.

Pour atteindre ces objectifs, il est souhaitable d'organiser la rencontre effective des agendas. D'une part l'agenda - exigeant et varié - porté par le réseau multipolaire des acteurs de santé et, d'autre part, l'agenda - évolutif et contraignant - du décideur public, confronté à d'innombrables besoins collectifs dont la satisfaction est tributaire de moyens qui, eux, sont irrémédiablement limités. Ces agendas, partiellement concordants, ne peuvent réellement se rencontrer que dans la mesure où le demandeur - c'est-à-dire souvent les promoteurs de santé - formule à l'attention du décideur un message clair, cohérent et réaliste, porteur d'un projet crédible et mesuré, soutenu par la démonstration du bénéfice attendu.

En conclusion, intégrer la santé dans les dispositifs qui au départ ne la prennent pas en compte, favoriser la perspective du développement durable, faciliter les partenariats, les échanges d'expérience entre professionnels et toute forme de travail en réseau, favoriser le débat et la participation des citoyens constituent des pistes pour promouvoir la santé à travers les politiques locales.

Ces constats démontrent l'intérêt que nous avons à établir des liens entre le développement des projets de santé au sein des communes et le mouvement des Conférences locales soutenus par la Communauté française et le programme des Villes-Santé.

Chantal Leva et Valérie Coupienne, Centre liégeois de promotion de la santé, Christiane Gosset, membre du Comité scientifique du Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones

*Le compte rendu des ces journées sera disponible prochainement. Contact : S2D/Centre Collaborateur de l'OMS, tél/fax : 02 99 50 33 95, courriel : ccvsante.oms@wanadoo.fr*

<sup>1</sup> Compte-rendu de la formation « Villes-Santé en pratique » : mettre en œuvre ou re dynamiser l'action locale », Liège, 21 et 22 mai 2003.

<sup>2</sup> Idem.

## Le suicide en Belgique : des préjugés et un manque de prévention et de suivi

*Test-Achats* a publié dans *Test Santé* les résultats d'une enquête sur le suicide. Il en ressort notamment que l'idée que l'on se fait du phénomène est souvent différente de la réalité. Beaucoup trop de préjugés circulent sur le sujet, alors qu'une conception correcte est importante en vue de la prévention. Par ailleurs, l'enquête démontre que la prévention et le suivi après une tentative de suicide sont nettement insuffisants.

### Le suicide dans notre pays : un phénomène sous-estimé ?

En Belgique, on compte chaque année plus de morts par suicide que de victimes de la route. Il va de soi qu'un tel drame touche automatiquement une série d'autres personnes, la famille ou des amis. Les chiffres sont en constante augmentation à tel point que le suicide est la première cause de mortalité chez les hommes de 25 à 45 ans et la deuxième chez les jeunes de 15 à 25 ans.

*Test Santé* a voulu évaluer la perception du phénomène et a voulu savoir dans quelle mesure les personnes interrogées pensaient elles-mêmes au suicide, si elles avaient déjà tenté à leurs jours et à qui elles s'étaient éventuellement adressées afin de surmonter cette crise. L'enquête a été menée dans 4 pays : la Belgique, l'Italie, le Portugal et l'Espagne. Au total, 13.356 personnes ont participé à l'enquête, dont 2.034 Belges.

### Idées suicidaires et tentatives

19 % des Belges ont déclaré avoir pensé au suicide au cours de l'année écoulée, souvent même plusieurs fois. Bien sûr, ces idées suicidaires n'aboutissent pas toujours à une tentative de suicide. Dans 42 % des cas, les personnes qui pensaient souvent au suicide n'en ont pas parlé autour d'elles. Aborder le sujet reste manifeste-

ment très difficile. Il est clair que le suicide n'a pas encore perdu son statut de sujet tabou. Seules 20 % des personnes interrogées se trouvant dans la situation ont fait appel à un soutien professionnel, la plupart du temps un psychologue, un psychiatre et/ou un médecin généraliste.

### Suivi insuffisant

10 % des Belges interrogés ont déjà fait au moins une tentative de suicide. Parmi celles-ci, 32 déclarent ne pas avoir fait appel à un professionnel de la santé après leur tentative. C'est inquiétant ! Celui qui essaie de se donner la mort devrait au moins suivre par après un traitement psychologique court et intensif, en vue de désamorcer la situation de crise aiguë. Moins d'un quart des personnes ayant voulu mourir ont suivi ensuite une psychothérapie. On ne prescrit donc pas plus souvent la psychothérapie, en tant que traitement, que la simple intervention physique qu'est le lavage d'estomac (après l'absorption de médicaments). Au bout d'un certain temps, presque 70 des personnes ayant suivi une psychothérapie ont arrêté ce traitement car elles n'avaient plus, d'après elles, d'idées suicidaires. Ce chiffre en soi plaide en faveur de la prévention du suicide.

### Trop d'idées fausses

L'enquête révèle également les très nombreuses fausses idées que la population se fait sur le suicide et sur les mécanismes qui peuvent amener une personne à se suicider. Ces idées fausses doivent être combattues car tous, un jour ou l'autre, nous serons amenés à rencontrer une personne qui envisage de mettre fin à ses jours. A titre d'exemple, les idées préconçues erronées suivantes circulent sur le suicide :

Pour 51 % des personnes interrogées, *les tentatives de suicide ont principalement pour but d'attirer l'attention*. C'est une erreur de considé-

rer une tentative de suicide comme une demande d'attention excessive. Toutes les tentatives de suicide doivent être prises au sérieux. Ces personnes ont besoin d'une oreille attentive et de l'aide d'un professionnel de la santé.

Pour 45 % des personnes interrogées, *ceux qui 'menacent' de se suicider passent rarement à l'acte*. Cette idée ne correspond pas non plus à la réalité. Des études scientifiques ont démontré que sur 10 personnes tentant de se suicider, 8 donnent l'un ou l'autre signal auparavant.

Pour 45 % des personnes interrogées, *tout individu qui a eu un jour des idées suicidaires continuera à en avoir toute sa vie*. De nombreuses études scientifiques et l'expérience clinique démontrent qu'une bonne partie des personnes qui suivent une psychothérapie après leur tentative de suicide se débarrassent définitivement de leur envie de mourir.

### Plus de prévention et de suivi, surtout grâce à une aide professionnelle

Avoir un penchant pour les idées suicidaires est un problème complexe, qu'il vaut mieux confier à des personnes qui s'occupent, à titre professionnel, de ces questions. Les amis et la famille ne doivent pas se sentir obligés d'endosser seuls cette lourde responsabilité ni de jouer au sauveur. Les proches d'une personne suicidaire doivent surtout s'efforcer de détecter les signaux d'alerte, d'adopter le bon comportement quand la personne suicidaire exprime son envie de mourir et, probablement le plus important, de faire appel à temps à l'aide de professionnels de la santé.

*Test Santé* a publié un article plus complet sur la question dans son n° 57 d'octobre / novembre 2003

d'après un communiqué de *Test-Achats*

## Mordre le ciel

« Il a sauté. Cyril a sauté. En étendant ses bras comme des ailes, largement. Sept étages plus bas, il y avait la rue. Et une lumière grise de printemps urbain. Il avait dû y réfléchir toute la nuit. A seize ans, on aime claquer des portes et que ça fasse du bruit. »

Cette histoire, ce n'est pas tout à fait un roman, c'est un témoignage, la chronique

au jour le jour d'un événement véridique, dont l'auteur, Gudule, rédige un compte rendu fidèle.

Elle a voulu retracer avec le plus de sincérité possible les émotions d'une mère confrontée à ce drame. Elle retrace une véritable enquête pour essayer de comprendre, non par curiosité morbide mais par la nécessité de savoir.

Pourquoi ce geste ultime, si violent ? Si destructeur pour Cyril, pour les autres... Cyril si rieur, si joyeux et apparemment sans soucis... Un livre très grave, édité dans une collection de romans pour adolescents.

*GUDULE, Mordre le ciel, Paris : Ed. Flammarion, 2003, (Tribal Flammarion), 148 pages.*



## Données sur la petite enfance

L'Office de la naissance et de l'enfance vient de publier le rapport 2002-2003 de sa *Banque de données médico-sociales*.

Ce rapport présente dans une perspective évolutive, des données relatives au suivi préventif de la mère et du jeune enfant, ainsi que des données périnatales.

Cette année, un chapitre est consacré spécifiquement à la situation des mères adolescentes en Communauté française Wallonie-Bruxelles. La situation semble relativement stable<sup>1</sup> et moins préoccupante qu'en Grande-Bretagne, en France ou aux États-Unis, qui observent 6,4% des naissances parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans (et plus encore parmi les 'non-blanches'). Le rapport émet l'hypothèse que 'l'accès à nos centres de planning familial par les jeunes adolescentes est relativement per-

formant', tout en soulignant que 'l'augmentation du nombre d'avortements dans cette catégorie d'âge est préoccupant'.

La répartition géographique des mères de jeune âge n'est pas homogène ; le phénomène est accentué dans le Hainaut, et le taux est le plus bas dans le Brabant wallon. A Bruxelles (qui compte beaucoup de mères d'origine immigrée), la proportion de mères âgées de 18 ou 19 ans est plus élevée qu'ailleurs.

Le phénomène a aussi une dimension sociale, les communes comptant le plus d'habitants bénéficiant de revenus d'insertion ont aussi à quelques exceptions près un taux de mères jeunes supérieur à la moyenne.

Il y a aussi plus de mères adolescentes isolées que les autres mères (58,5% vivent en couple contre 94,3% de l'ensemble des mères).

L'ONE conclut ce chapitre en affirmant la nécessité de s'adapter aux évolutions observées, et d'intégrer aux dimensions de prévention et de promotion de la santé une politique active de soutien à la parentalité.

Le rapport comprend aussi des indicateurs de suivi des enfants dans quatre programmes jugés prioritaires : la vaccination (notamment l'opération 'méningo-coque C'), l'allaitement et les dépistages visuel et auditif.

*Banque de données médico-sociales de l'ONE, Rapport 2002-2003, 84 pages. ONE, chée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles. Courriel : [info@one.be](mailto:info@one.be). Site : [www.one.be](http://www.one.be)*

<sup>1</sup> 4% des naissances chez des mères de moins de 20 ans, et moins d'1% en-dessous de 18 ans, en compilant les chiffres de 1997 à 2001.

## Ressources en ligne

L'asbl *Educa Santé* a renouvelé considérablement son site [www.educasante.org](http://www.educasante.org)

Cette association située à Charleroi exerce depuis 1980 une mission de promotion de la santé et de la sécurité qui se concrétise par la conception, la coordination, l'évaluation et la mise en réseau de programmes de prévention, le conseil méthodologique, la formation des intervenants, la diffusion d'outils d'intervention et de ressources documentaires.

Elle gère pour le Ministère de la santé de la Communauté française, un programme ciblant plus particulièrement la prévention des accidents chez les enfants et les jeunes, par une approche qui favorise les mesures de prévention passives, à savoir la sécurisation du cadre de vie.

Educa Santé est centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé avec l'Unité PROMES de l'Université libre de Bruxelles pour la recherche et l'enseignement dans le domaine de la prévention des accidents de la vie courante. Elle collabore aussi activement au Réseau international francophone de promotion de la sécurité et prévention des traumatismes, réseau dont elle est à l'origine.

Le site est articulé autour de trois grandes sections : « Santé et sécurité », « Jeunes et bien-être », « Outils et ressources ».

Les deux premières sections présentent les actions, les outils, les animations proposées par l'association, avec souvent possibilité de télécharger des textes en format PDF.

La section « Outils et ressources » présente tout d'abord la base documentaire d'Educa Santé, constituée de plus de 16500 références classées par thèmes, par types et par publics. On y trouve également un carnet d'adresses de plus de 11000 coordonnées d'institutions en Belgique ou à l'étranger. Enfin, un agenda régulièrement mis à jour renseigne le visiteur sur des manifestations qui se dérouleront en Belgique ou dans le Nord de la France.

N'hésitez donc pas à visiter ce site de qualité, dont la mise en page est assez sobre mais très claire : il vaut vraiment le détour!

MVA

## Deux nouveaux dossiers techniques

L'Unité RESO d'éducation pour la santé de l'UCL, publie deux nouveaux dossiers techniques, revues de littérature sur des questions précises de promotion de la santé.

### Maladies chroniques chez les enfants et les adolescents

Ce dossier présente la synthèse d'une revue de littérature sélective sur les aspects psychosociaux influençant la manière dont les enfants et les adolescents atteints d'une maladie chronique s'adaptent à leur maladie et gèrent leur traitement. Son objet est donc principalement de donner un éclaircissement aux parents et aux soignants ; les articles présentés ont aussi été sélectionnés dans le but de repérer s'il existe des attitudes, des stratégies ou des méthodes éducatives particulièrement recommandées pour contribuer à aider l'enfant et ses parents à

s'adapter à la maladie et à en gérer le traitement. *AUJOULATI., BARREA T., DOUMONT D., Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chroniques ?, UCL - RESO, mai 2003, (Série de dossiers techniques ; réf.: 03-22), 27 pages.*

### Evaluation en éducation pour la santé en milieu de soins

Un groupe permanent de centres collaborateurs de l'OMS, dont fait partie l'unité RESO, travaille actuellement sur l'évaluation des programmes d'éducation pour la santé du patient et d'éducation thérapeutique. Son objectif est la définition de critères et de méthodes adéquates et recommandables pour l'évaluation de l'éducation du patient. Ce dossier a été réalisé dans ce cadre, afin d'in-

ventorier les propositions et pratiques existantes. *BERREWAERTS J., LIBION F., DECCACHEA., Quels critères et indicateurs d'évaluation sont à privilégier en éducation pour la santé en milieu de soins ?, UCL - RESO, juillet 2003, (Série de dossiers techniques ; réf.: 03-23), 44 pages.*

Les dossiers sont présentés sur le site <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/intro.htm> dans un format qui permet de les imprimer facilement.

Pour néanmoins les commander, une participation aux frais de 12 € sera demandée.

Pour une commande de dossier, contactez : Madame Karine Verstraeten, RESOdoc, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02-764 50 70. Courriel : [karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be](mailto:karine.verstraeten@reso.ucl.ac.be)

**Assuétudes****Bruxelles****Janvier 2004**

Le Pélican organise deux formations de deux jours sur :

- *Alcool - alcoolisation - alcoolisme*, les 12 et 14 janvier 2004 de 9h à 16h.

- *Drogues : usages - abus - toxicomanies*, les 26 et 28 janvier 2004 de 9h à 16h.

Lieu : salle de la Ligue bruxelloise francophone de santé mentale, rue du Président 55, 1050 Bruxelles.

P.A.F.: 25 € par formation, 15 € pour les étudiants et les demandeurs d'emploi.

Gratuit pour les boursiers. Uniquement sur réservation.

Renseignements : 02-502 08 61.

Internet : [www.lepelican.org](http://www.lepelican.org)

**Participation****Bruxelles****19, 20 janvier 2004 et 20 février 2004**

La Fondation Roi Baudouin organise *Gouvernance, une autre voix - à la rencontre de nouvelles formes de participation et de dialogue*, une formation aux méthodes participatives, qui permettent à des organisations ou des institutions d'intégrer davantage les citoyens dans les débats et les processus décisionnels.

La formation aura lieu au Musée Bellevue, place des Palais 7, 1000 Bruxelles les 19 et 20 janvier et à la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles le 20 février.

Participation aux frais : 100 €.

Pour tout renseignement : Fondation Roi Baudouin, Caroline Beyne, 02-549 02 76 ou Karin Lippert, 02-549 02 61.

Internet : [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

**Hôpital****Havré****20 janvier 2004**

Dans le cadre des Midis Santé du bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence sur le thème *L'enfant et l'hôpital*, par Anne Avaux, Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, et Bénédicte Minguet, Clinique de l'Espérance à Montegnée (de 12 à 14h).

Renseignements : *Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél : 065-87 96 00. Fax : 065-87 96 79.*

Courriel : [observatoire\\_sante@hainaut.be](mailto:observatoire_sante@hainaut.be)

**Promotion de la santé****Bruxelles - Mons****Janvier, février, mars 2004**

L'ASBL Repères organise avec les Centres locaux de promotion de la santé de Bruxelles et de Mons une formation en promotion de la santé de 4 jours (50 €), suivie de 6 matinées d'ateliers mensuels d'échanges de pratiques (25 €) pour les professionnels qui développent une pratique

en promotion de la santé : PSE, PMS, planning familial, éducateur, travailleur social...

Dates :

Bruxelles : 23 et 30 janvier, 6 et 12 février 2004.

Mons : 13 et 20 février, 5 et 19 mars 2004.

Renseignements et inscriptions : 010-45 73 31.

**Suicide****Bruxelles****4 et 5 février 2004**

Journées Prévention du suicide en Communauté Wallonie - Bruxelles, organisées par le Centre de prévention du suicide, D-Clic, Prévention suicide jeunes en Brabant wallon, SFPS - Mons, en collaboration avec l'équipe "adolescents" du Centre de santé mentale de l'ULB.

Ces Journées s'articuleront autour de deux axes : d'une part proposer au grand public une réflexion sur le thème du suicide à l'occasion d'une rencontre organisée dans chaque province francophone le soir du 4 février ; d'autre part, une journée d'étude pour le public "professionnel" sur le thème *Du suicide aux suicides* - réflexions épidémiologique, sociologique, philosophique et psychologique sur la question du suicide, partage d'expériences et débat sur des thèmes tels que "suicide et intégration", "suicide et dépendance", "suicide et milieu professionnel" ou "suicide et vie familiale".

Renseignements : *Secrétariat du Centre de Prévention du Suicide, place du Châtelain 6, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-640 51 56. Courriel du secrétariat : [cps@preventionsuicide.be](mailto:cps@preventionsuicide.be). Internet : [www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)*

**Enfant****Paris****6 février 2004**

*La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*, journée organisée par le Ministère français de la santé, de la famille et des personnes handicapées et l'Association pour le traitement de la douleur de l'enfant.

Lieu : UNESCO, avenue de Suffren 125, 75007 Paris.

Renseignements et inscriptions : *COMM Santé, B.P.33, F-33360 Latresne-Bordeaux. Tél. +5 57 97 19 19. Fax : +5 57 97 19 15. Courriel : [info-comm-sante.com](mailto:info-comm-sante.com)*

**Don d'organes****Havré****10 février 2004**

Dans le cadre des Midis Santé du bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une conférence sur le thème *Le don d'organes, où en est-on ?*, par le Dr Martine Antoine, Hôpital Erasme - Chirurgie cardiaque, et M. Pierre Lucas, Association des greffés cardiaques et pulmonaires (de 12 à 14h).

Renseignements : *Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél : 065-87 96 00. Fax : 065-87 96 79. Courriel : [observatoire\\_sante@hainaut.be](mailto:observatoire_sante@hainaut.be)*

**Formation - internet****Février à mai 2004**

L'A.R.S.I (Association de recherche en soins infirmiers) organise une formation dispensée à distance par internet ne nécessitant pas de déplacement et ayant pour thème : « Internet comme outil pédagogique dans les soins » Public : cadres de santé formateurs en IFSI, IFCS, écoles de spécialités ou paramédicales. A l'issue de cette formation, les participants doivent être en mesure d'exploiter les fonctionnalités d'Internet dans leur pratique. Déroulement : cette formation se déroule sur 4 mois (février à mai 2004) à raison d'une séquence par mois. Un travail est à réaliser en interséquence. Il demandera un minimum de 12 heures par mois.

Cette formation étant exclusivement via Internet, les prérequis sont : avoir accès à Internet (personnel et/ou professionnel); disposer d'une adresse électronique; savoir envoyer et recevoir un courrier électronique avec un fichier attaché; savoir utiliser un traitement de texte; disposer de temps pour réaliser les travaux demandés.

Essai : si vous le désirez, vous pouvez tester la plateforme CAROLINE en cliquant sur EXEMPLE pour tests (accès libre) et qui servira pour la formation :

<http://www.cadredesante.com/claroline142/>

Formateur : **Guy Isambart**, infirmier D.E, responsable du site A.R.S.I depuis 1994.

Coût : personne prise en charge par son établissement 200 € TTC; personne non prise en charge par son établissement 60 € TTC; en intra établissement : 990 € TTC pour une journée.

Pour plus d'informations :

<http://www.arsi.asso.fr/fcinter2.htm> - [guy.isambart@arsi.asso.fr](mailto:guy.isambart@arsi.asso.fr)

**Médecine prédictive****Le Caire****23 au 26 mars 2004**

27th international annual Ain Shams medical congress, sur le thème 'The impact of anticipation and prediction on the clinical course, outcome and prognosis of the disease'. Renseignements :

[www.medicalcongress27.8m.com](http://www.medicalcongress27.8m.com)

Courriel :

[asu\\_medicalcongress27@hotmail.com](mailto:asu_medicalcongress27@hotmail.com).

**Précision**

Les données illustrant l'article 'L'obésité chez l'enfant' (*Education Santé* n° 185, pages 4 et 5) et concernant la prévalence de l'obésité franche et de la surcharge pondérale chez les jeunes de 10 à 16 ans en Hainaut ont été récoltées à l'initiative de l'Observatoire de Santé du Hainaut.

## Courrier des lecteurs

### Meilleurs vœux aux aides soignant(e)s... Mais à quand leur fête ?

Soucieuses de la problématique des personnes âgées institutionnalisées et de la qualité des services qui leur sont rendus, les Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant organisent depuis 1994 des recyclages permanents pour le personnel soignant des maisons de repos et des maisons de repos et de soins.

Nous tenons donc à présenter nos vœux à toutes celles et ceux qui contribuent par une prise en charge attentive au bien-être des personnes âgées, en institution ou au domicile. Et à ce moment précis, en guise de cadeau, nous voudrions suggérer l'idée de créer une fête nouvelle qui ne soit pas récupérée commercialement.

Depuis quelques années, on a vu fleurir toutes sortes de nouvelles fêtes... Fêtes des secrétaires, des boulangers, etc. Ce n'est souvent hélas que pur marketing.

Les professionnels de la santé travaillant en maisons de repos, et plus particulièrement le personnel aide soignant est insuffisamment connu du grand public et insuffisamment reconnu par les pouvoirs publics.

Et pourtant prendre en charge des personnes souvent fragilisées, âgées ou très âgées, certaines parfois confuses, atteintes de démences, de la maladie d'Alzheimer, de maladies dégénératives, les assister dans les actes de la vie journalière, ce n'est pas de tout repos ! Cela mérite bien que l'on consacre chaque année un jour pour rendre hommage à tous les aides soignants !

Hélène, Christina, Mohamed, Gloria, Muriel,

Khadija, René, Elena, Françoise, Rachida, Danuta, Joseph, Clotilde, Patricia, Mustafa, pour ne citer que certains d'entre vous... J'ai pu apprendre chaque jour un peu plus quels étaient vos vécus, vos joies, vos peines, vos interrogations, vos peurs, vos souffrances, mais aussi entrevoir le chemin de vos petits bonheurs. Travailler en gériatrie est loin d'être une punition pour vous, mais vient d'une extraordinaire motivation.

Vous provenez d'horizons tellement divers, vous avez eu des parcours de vie et des formations très différenciés, vous travaillez dans des institutions différentes et pourtant un même sentiment vous unit : le respect de la personne âgée.

Au sein d'une équipe multidisciplinaire, votre rôle est essentiel, votre place est indispensable.

Bruxellois, Marocains, Flamands, Africains, Cubains, Wallons, Polonais, Chiliens, Roumains... la gentillesse est universelle, votre passion et votre compassion sont multiculturelles, et peu importe votre origine car vous parlez le même langage : celui de l'amour de la personne âgée et du respect de ses valeurs. Votre douceur touche les cœurs, vos yeux sont tendresse, vos mains sont caresses.

Aides soignant(e)s, aides sanitaires, auxiliaires polyvalent(e)s, aides de soins... Je vous dédie cet hommage en espérant que dans un proche avenir votre profession sera davantage reconnue et valorisée. Puisse dès lors être créée une fête des aides soignants qui vous mettra à l'honneur un jour par an, vous qui honorez nos aînés tout au cours de l'année !

Michèle Gauthier, Responsable de formations, FPS-Brabant

## SOMMAIRE

### Initiatives

Evaluation d'une campagne sur le thème de l'alimentation,  
par *Véronique Janzyk, Alain Husdens et Luc Berghmans* 2

« Le sida et vous. Exprimez-vous », 5

nouvelle campagne de la Plate-forme prévention sida  
Une Conférence de lutte contre le sida, par *Nicole Maréchal* 6

Ethique et concertation, raisons d'être d'un réseau,  
par la *Coordination provinciale sida assuétudes de Namur* 7

Les filles consomment (presque) autant de tabac que les garçons 8

Un plan offensif du cdH pour une stratégie globale de lutte contre le tabac 9

« Mon cartable poids plume », par *Maryse Van Audenhaege* 11

### Réflexion

L'outil « animation-santé », de l'empirisme à l'évaluation, par *Marianne Flament* 12

### Locale

Intégrer la promotion de la santé dans les politiques locales, est-ce possible ?  
par *Chantal Leva, Valérie Coupienne et Christiane Gosset* 16

### Lu pour vous

Le suicide en Belgique 17

### Documentation

La Banque de données médico-sociales de l'ONE 18

Le site internet d'Educa-Santé

Deux nouveaux dossiers techniques du RESO-UCL

### Brèves

19

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

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 10 numéros pour l'étranger.

Paielement uniquement par virement bancaire.  
BIC : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970.

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

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction** : Christian De Bock (02-246 48 50).

**Secrétaire de rédaction adjoint** : Catherine Spièce (02-515 05 85).

**Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous** : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

**Documentation** : Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson (02-246 48 51)

**Site internet** : Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

**Contact abonnés** : Franca Tartamella (02-246 48 53).

**Comité stratégique** : Anne Avaux, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

**Comité opérationnel** : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

**Editeur responsable** : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette** : Els Demeyer.

**Mise en page** : Muriel Logist.

**Impression** : Hayez.

**Tirage** : 2.200 exemplaires.

**Diffusion** : 2.000 exemplaires.

**ISSN** : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02-246 48 51.

**Pour tous renseignements complémentaires** :

*Education Santé*, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53.

Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education 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 seront prochainement disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).