

En prime, les abonnés de *Prescrire* reçoivent un **Index cumulatif 1981-2000** sur cédérom. On y trouve 20 ans d'indexation, 6 tables de recherche, 18.000 fiches d'indexation, une installation et utilisation d'une simplicité totale (sur PC ou Mac), la possibilité de faire des recherches multicritères: impressionnant!



LA Santé de l'homme

n°349
septembre-octobre 2000

Editorial
Education pour la santé et inégalités sociales, par le Prof. Pierre Lombrail

Nutrition
160 questions-réponses sur l'alimentation, par Christelle Duchêne

Education du patient
VIH: vers un partenariat hospitalo-associatif?, par Bruno Housseau

Santé à l'école
Aller vers une école "bienveillante", par Agnès Ducros et Michèle Tricoire

Dossier - De l'hygiène à la santé
Enquête de La Santé de l'homme - juin 2000

Présentation des résultats, par Anne-Sophie Dormont

Analyse des représentations de quelques acteurs, par Anne-Lyse Favier

Hygiène: un observatoire de l'évolution des pratiques, par Bruno Housseau et Fabien Tuleu

La polysémie de l'hygiène, par Jean-Pierre Goubert

L'hygiène, le contrôle de soi et la souillure, par Jacques Arènes

Il ne manque plus que l'accès direct aux articles eux-mêmes! Le jour où *Prescrire* lancera son site internet, vous savez déjà qu'il faudra l'ajouter d'urgence à vos favoris!

Prescrire, Service aux abonnés, BP 459, F-75527 Paris Cedex 11.

Emploi - demande

Licenciée en éducation pour la santé (ULB), avec expériences dans le domaine de l'insertion socio-professionnelle, et formation d'éco-conseiller. Coordonnées: **Mélina Cerisier**, boulevard Kennedy 31, 7000 Mons, tél. 065-36 05 52.

Changement d'adresse

Le Centre de documentation et de coordination sociale a déménagé. Ses nouvelles coordonnées: avenue Louise 183, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-511 08 00. Fax: 02-512 25 44. Mél: info.cdcs@misc.irisnet.be

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock (02-246 48 50).

Rédaction, secrétariat de rédaction: Bernadette Taeymans (02-246 48 52).

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux (02-515 05 85).

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation: Maryse Van Audenhaege (02-246 48 51).

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

Abonnements: Franca Tartamella (02-246 48 53).

Comité de rédaction: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nathalie da Costa Maya, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geraets, Christian Grégoir, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Logistique ANMC

Tirage: 2.500 exemplaires.

Diffusion: 2.250 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). Mél: education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse: www.pipsa.org

Revue membre de l'AR.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles - www.arsc.be

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



Education Santé

NUMERO 157 - mars 2001

Communication

Les fictions médicales, une ressource pour la promotion de la santé?

D'après les sondages, la télévision reste la première source d'informations sur la santé et la maladie pour un public dont l'accès au savoir médical est relativement limité. Elle arrive avant la presse écrite et avant les médecins.

Afin de pourvoir aux besoins de leurs audiences, les chaînes offrent une multitude de documentaires et de programmes éducatifs. Mais les spectateurs n'obtiennent pas leurs renseignements uniquement par les émissions à but pédagogique, loin s'en faut. Une de leurs ressources préférées est l'infotainment, un mélange d'informations et de divertissement: leur définition d'un bon feuilleton est "une émission qui amuse tout en traitant des problèmes du spectateur ordinaire"¹

Les 'soaps operas', les 'talk shows' et les 'medical dramas' ont tous des qualités informatives selon leurs fans. Ce chevauchement de la distraction et de l'éducation est confirmé par le nombre élevé de demandes d'information après la diffusion de telles émissions mélangées.

Nombre de campagnes de promotion de la santé dans les pays en voie de développement corroborent l'efficacité des programmes de fiction pour la dissémination des conseils de santé; par exemple, après la diffusion d'une série de mini-drames, 60% des patients d'une clinique de planning familial au Niger donnaient la télévision comme leur ressource principale pour les conseils et l'orientation sur la contraception².

Il s'ensuit que les 'medical dramas', feuille-



tons du style Urgences, programmes semi-factuels semi-fictionnels à contenu (proto-) médical, pourraient être particulièrement utiles pour la promotion de la santé. Mais l'interprétation et l'utilisation de ces émissions sont jusqu'à maintenant restées inconnues. Cet article découle d'une étude de la réception de la série américaine Urgences basée sur près de deux cents lettres de téléspectateurs qui confirme le rôle pédagogique de cette série à teneur médicale et suggère que ces programmes pourraient aider à améliorer la promotion de la santé^{3, 4, 5}.

¹ 'Infotainment' est un condensé de deux mots anglais, information et entertainment.

² Elkamel, F 1995 The use of television series in health education Health Education Research 10, 2: 225-232.

³ Voir le résumé de Rogers, E M et Singhal, A 1999 Entertainment-Education Mahwah, NJ: Erlbaum.

⁴ Très appréciées dans les pays anglo-saxons depuis les années cinquante, les fictions médicales n'ont pas été particulièrement nombreuses sur les écrans européens de langue française, ni très populaires.

⁵ Ceci s'applique aussi à d'autres 'medical dramas' comme Casualty qui, quatorze ans après son apparition, attire encore onze millions de fans britanniques qui le voient aussi comme une ressource fiable (voir Davin, S 1998 Les programmes TV médicaux et leurs spectateurs MédiasPouvoirs 4: 18-29).

Editeur responsable: Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles

Urgences-le-documentaire

Les italiques sont des citations d'informateurs, de spectateurs de la série, recueillies en Grande-Bretagne.

Urgences est perçu comme un programme éducatif par les spectateurs qui le décrivent régulièrement comme 'un documentaire' et, de façon plus idiosyncrasique, comme 'une étude sociologique', 'un reportage fiction-analyse', du 'cinéma-vérité', étiquettes qui révèlent l'inclusion d'éléments pédagogiques.

Le 'medical drama' guide ses fans dans la découverte d'un univers peu familier où ils peuvent donner libre cours à leur fascination pour toutes choses médicales: l'am-

les conséquences si on se drogue ou qu'on boit trop.

Ils aident avec la promotion de la santé quand ils peuvent. Ils nous préviennent de ce qui peut arriver si on se drogue ou si on fume.

De plus, Urgences stimule la curiosité et la quête d'informations supplémentaires:

Je suis fascinée par les termes médicaux. Je suis incroyablement curieuse. Je n'arrête pas de poser des questions à mes amis étudiants en médecine...

Urgences me donne envie d'en savoir plus. Je voudrais qu'un médecin m'explique les gestes et les mots.

Quelques réserves sont exprimées: ces messages et ces images pourraient rendre hypocondriaques des gens cependant bien portants; certains spectateurs pensent qu'ils

L'intérêt principal de la série, à part le divertissement et le stress, c'est qu'à travers les urgences on découvre la vie sociale aux Etats-Unis, les problèmes d'assurance, de violence, d'abus.

De plus, les séries produites aux USA fournissent un point de comparaison des structures de sécurité sociale européennes et américaines. Elles permettent aux spectateurs d'évaluer leur système de santé local, qui est invariablement jugé supérieur au modèle 'pas-de-paiement-pas-de-traitement' d'Outre-Atlantique basé sur une idéologie de marché et sévèrement critiqué.

Ces représentations les inquiètent et les mènent à se demander si ce qu'ils voient sur le petit écran n'est pas un avant-goût de ce qui les attend dans quelques années, lorsque les problèmes des Etats-Unis atteindront nos contrées.

Ceci ne veut pas dire que regarder Urgences n'est plus un loisir, une détente, un plaisir. La série est instructive et divertissante tout à la fois:

Je regarde Urgences pour la distraction et c'est bien à 100%... mais ça me plaît aussi parce que la médecine, les opinions et les sentiments des patients m'intéressent.

Je crois que j'aime regarder parce que c'est dramatique mais c'est aussi comme regarder un documentaire.

L'utilité des 'medical dramas' pour la promotion de la santé

Premièrement, il va sans dire que pour avoir connaissance d'informations, il faut les avoir vues ou entendues. Mais il n'est pas facile de s'assurer que les populations ciblées y sont exposées. Certaines études suggèrent que ce sont surtout les personnes en mauvaise santé qui cherchent et recueillent les renseignements médicaux. De nombreuses occasions de faire entendre des conseils de prévention sont ainsi perdues. Les séries du style Urgences attirent de larges audiences pour des raisons ludiques (l'action, la familiarité avec les personnages, leurs romances, la suggestion d'intrigues possibles pour les épisodes suivants, etc.) et augmentent ainsi l'exposition aux messages.

Deuxièmement, les 'medical dramas' aident à améliorer l'assimilation de l'information parce que les spectateurs s'identifient à leurs personnages favoris: par exemple, des informateurs disent explorer le pavillon des urgences à travers les yeux

consulteraient leur médecin s'ils avaient des symptômes similaires à ceux de la série, surtout s'ils sont susceptibles d'indiquer une maladie sérieuse mais d'autres au contraire disent qu'ils les ignoreraient (et, dans quelques cas, les avaient ignorés) parce que ces signes seraient probablement psychosomatiques et ne nécessiteraient pas l'attention d'un médecin. Les informations d'Urgences pourraient aussi être mal comprises ou mal assimilées et les connaissances partielles et limitées étant dangereuses, avoir des effets négatifs. Les conseils acquis par le biais de la télévision doivent donc être soigneusement évalués. Plusieurs personnes soulignent que si le savoir médical était si facile à absorber et à appliquer, les médecins n'auraient pas besoin de faire une formation universitaire si longue.

L'intérêt des spectateurs n'est pas limité aux questions de santé et de maladie. Les problèmes sociaux - la violence, la pauvreté, l'inégalité, les sans-abri, les abus, sont souvent mentionnés par les spectateurs qui les croient représentés plus ouvertement dans les programmes américains considérés comme moins censurés (ce qui n'est pas toujours vrai: certains sujets, l'homosexualité en particulier, subissent la foudre des censeurs) et donc moins édulcorés que les émissions européennes. Urgences fait contrepoids aux séries hollywoodiennes comme Dallas et Dynastie qui dépeignent une Amérique de rêve, fantaisiste, riche et bien portante:

biance de l'hôpital, sa politique intérieure, le fonctionnement des urgences, la formation du personnel médical, les erreurs et les négligences des professionnels, les dilemmes éthiques, les problèmes financiers. Le public peut ainsi partager les soucis des infirmières et des docteurs, il peut voir - et ressentir - comment c'est de travailler dans un hôpital.

Qu'apprennent les spectateurs en regardant Urgences? Ces émissions offrent, disent-ils, une occasion parfaite d'informer le public sur des maladies qu'ils pourraient rencontrer et leurs difficultés, que ce soit la maladie d'Alzheimer ou les chocs allergiques.

Et l'occasion est avidement saisie, puisqu'ils assimilent de nombreuses données médicales et socio-médicales, des éléments de physiologie, les maladies et leurs symptômes, des traitements et médicaments nouveaux, des gestes médicaux et des procédures d'urgence:

Un cancer peut se manifester par une jambe cassée, je ne savais pas ça du tout.

Je ne savais pas qu'on pouvait faire des massages cardiaques internes.

De nombreux spectateurs pensent que l'équipe de production essaie, dans la mesure du possible et sans diminuer la tension et le suspense, d'avertir des dangers de certains comportements (les drogues, le tabac, renifler de la colle, la conduite dangereuse, les armes à feu, l'infection du sida):

Nous apprenons toutes sortes de choses, le dommage qu'un accident de voiture peut faire,

Urgences stimule la curiosité et la quête d'informations supplémentaires

Retenu par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de l'appel à projets 'Un pas de plus', 'Go Pass' pour la vie en société' n'est pas seulement un moyen ludique de transmettre des informations: il permet aussi d'avoir une réflexion sur les responsabilités actuelles et futures des jeunes et de les amener à l'autonomie.

Il peut être adapté à un public handicapé.

Si vous êtes enseignant, formateur, éducateur, travailleur social, la Coordination sociale vous invite à le découvrir le 7/3 à 14h et le 8/3 à 14 et 20h.

Les présentations auront lieu à la Cité des Jeunes, rue Henri Leroy à Soignies.

Renseignements et inscriptions: Coordination sociale - CPAS de Soignies, rue G. Wincqz 97A, 7060 Soignies. Tél.: 067-34 81 75.

Périnatalité

Charleroi

8 mars 2001

L'asbl Charleroi-Naissance invite les professionnels du domaine périnatal à la conférence d'Ingrid Bayot sur Les rythmes du nouveau-né et leur évolution. Comprendre pour accompagner (de 9h à 13h).

Lieu: Institut du Verre, boulevard A. de Fontaine 10, 6000 Charleroi.

Réservation et renseignements: Charleroi-Naissance, Geneviève Jadoul, rue de la Brasserie 2, 6061 Montignies-sur-Sambre.

Tél.: 071-33 02 95

Périnatalité

Havré

13 mars 2001

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut propose "La mort subite du nourrisson: des données épidémiologiques à l'élaboration et l'évaluation d'un programme de prévention", par le Prof. André Kahn, Service de pédiatrie, Hôpital des Enfants Reine Fabiola / Observatoire francophone de la mortalité du nourrisson (de 12 à 14h).

Renseignements et inscriptions: Observatoire de la santé du Hainaut, tél. 065-87 96 04 ou 065-87 96 50, fax 065-87 96 79, mél observatoire.santé@hainaut.be

Médicament

Ottignies

17 mars 2001

La Mutualité chrétienne du Brabant wallon vous invite, dans le cadre de ses initiatives "malades chroniques", à un après-midi d'information et d'échanges sur le thème du médicament (financement, remboursement,

enjeux,...) de 14 à 16h30, au Centre culturel d'Ottignies (41 av. des Combattants). Cette initiative sera suivie par la création de groupes d'échanges pour les malades chroniques du Brabant wallon. Accès gratuit.

Renseignements et inscriptions: Infor Santé, 067-89 36 87, mél: eric.jauniaux@mc.be

Alzheimer

Ath

28 mars 2001

La Cellule de coordination "Alzheimer" de la région d'Ath organise une rencontre avec les familles et les professionnels, de 18h30 à 20h.

Cette réunion se déroulera au Home de la Roselle, Boulevard de l'Hôpital 71, 7800 Ath (Centre hospitalier du Pays Vert).

Titre de l'exposé: "Comment prévenir et dépister la maladie d'Alzheimer? Le point sur les nouveaux traitements et les ateliers cognitifs", par le Docteur François Tiberghien, neurologue au C.H.U de Lille. Renseignements: Guy Delobel, Mutualité chrétienne, tél. 069-25 62 64 ou Daphné Meersman, Mutualité socialiste, tél.: 068-26 42 05.

Santé mentale

Tournai

29 mars 2001

Colloque "Le point sur les états modifiés de conscience".

Programme:

- Des états modifiés de conscience, mythes et réalités, par le Prof. Henri Boon, Université de Mons Hainaut, Médecin-Directeur de l'hôpital Le Chêne Aux Haies, Mons
- Modèle de compréhension des états de conscience modifiés, par Christine Le Scannf, Université de Reims (France)
- Neuro-anatomie fonctionnelle de l'état hypnotique: intérêt de son utilisation en chirurgie, par le Dr Marie-Elisabeth Faymonville, Médecin Anesthésiste, CHU de Liège, Université de Liège

- La méditation, une voie de modification des états de conscience, par le Dr Philippe Antoine, Neuropsychiatre, Licencié en psychologie, Chargé de cours invité, Université Catholique de Louvain
- L'auto-hypnose négative dans les états pathologiques, par le Dr Eric Mairlot, Neuropsychiatre, Président de la Société belge d'hypnose de langue française, Consultant des Hôpitaux Universitaires, Université Libre de Bruxelles

Sous la présidence du Dr G. de Brouckere, conseiller médical HEPHO

Modérateur: Dr F. Dendoncker, psychiatre et psychanalyste, Médecin-chef à l'Hôpital Saint Jean de Dieu de Leuze-en-Hainaut

Accréditation demandée

Lieu: Ancien Hospice de Choiseul, rue des Soeurs de la Charité, Tournai

P.A.F.: 300 F/7,44 €, étudiants: 150 F/3,72€

à verser avant le 19 mars 2001 au compte: Colloques-symposiums HEPHO 068 - 2323168 - 45

Nombre de places limité. Réservation indispensable.

Renseignements: Guy Adant - HEPHO - rue Paul Pastur 73, 7500 Tournai. Tél. HEPHO +32 (0) 69-22 56 12 - Fax: +32 (0)69-84 69 28, mél: guy.adant@village.uu.net.be

Handicap

Gand

26-28 avril 2001

REVA 2001: salon d'information sur le handicap et les services d'aide aux handicapés.

Lieu: Flanders Expo à Gand.

Renseignements: Secrétariat REVA, PB 38, 1731 Zellik. Tél.: 02-463 58 33 (9 à 12h). Fax: 02-463 58 34. Mél: reva@reva.be. Internet: www.reva.be

Tabagisme

Havré

17 mai 2001

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut propose "Présentation d'une expérience d'arrêt du tabac en milieu scolaire", par Martial Bodo, Centre de désintoxication tabagique des Amis de l'Institut Bordet (de 12 à 14h).

Renseignements et inscriptions: Observatoire de la santé du Hainaut, tél. 065-87 96 04 ou 065-87 96 50, fax 065-87 96 79, mél observatoire.santé@hainaut.be

Film

Obidos (Portugal)

22 au 26 mai 2001

Troisième édition du Festival international du film médical et scientifique, Filmobidos 2001.

Pour inscrire un film ou pour tout autre renseignement pratique: Eric Vandersteenen, consultant audiovisuel, membre du comité organisateur. Fax: 083-67 78 38. Mél: eric.vandersteenen@skynet.be. Internet: www.wamhf.org/filmobidos.

Documentation

La revue Prescrire vient de sortir son Index cumulatif 1996-2000, soit 80 pages bourrées de références sur les sujets abordés depuis 5 ans par ce mensuel indispensable.

• La 5^e Assemblée mondiale de la santé a encouragé la responsabilité sociale en faveur de la santé et elle a reconnu que la promotion de la santé est une ressource du développement social et qu'il faut absolument briser les barrières traditionnelles qui existent au sein des secteurs gouvernementaux, entre organismes gouvernementaux et non gouvernementaux et entre secteurs public et privé.

• L'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) a tenté de développer un Accord multilatéral sur les investissements qui aurait limité la capacité des gouvernements à réglementer l'investissement pour servir et protéger les intérêts sociaux, économiques, sanitaires des citoyens de même que ceux liés à l'environnement et autres intérêts nationaux.

• Bien que les discussions sur l'Accord multilatéral sur les investissements aient été abandonnées en novembre 1998 par l'OCDE, il est probable que le débat soit repris soit par l'OMC soit à nouveau par l'OCDE.

• L'adoption des éléments de base de l'Accord multilatéral sur les investissements, soit par les Etats membres de l'OCDE, soit plus globalement, par les pays qui actuellement participent aux accords gérés par l'OMC, compromettrait considérablement la campagne d'incorporation de clauses sociales dans les accords commerciaux de l'Organisation mondiale du commerce et irait à l'encontre de l'engagement de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé de soutenir la participation et la responsabilisation des personnes de même que les princi-

pes des politiques de santé publiques.

• Par solidarité avec les résolutions adoptées par les Associations canadienne et australienne de santé publique sur lesquelles se fonde ce document, il est entendu que:

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé encourage, endosse et s'associe aux campagnes menées pour inclure des clauses sociales dans les accords commerciaux de l'OMC;

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé informe les organisations de santé publique et celles concernées par d'autres intérêts publics au niveau régional, national et international, en particulier celles des pays en voie de développement économique, des préoccupations et des intentions que nous avons, dont il est question dans cette résolution, et participe avec ces organisations à la création d'un lobby de santé mondial pour la campagne sur les clauses sociales, et pour soutenir toute autre stratégie de réglementation mondiale qui ferait que l'augmentation des échanges économiques et des investissements ne se fasse pas au détriment de l'environnement et contribue à une meilleure répartition des richesses et des ressources matérielles;

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé prend contact avec l'OMC et l'OCDE pour les informer de cette résolution;

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé fasse part à l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations de collaborations internationales des préoccupations dont il est question dans cette résolution et cherche à ce que leurs Conseils exécutifs les mettent à l'or-

dre du jour de leurs discussions (par exemple l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, etc.);

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé élargisse son travail par rapport à l'incorporation des clauses sociales dans les accords de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et d'autres accords économiques en exerçant une surveillance constante de l'évolution des Accords multilatéraux sur les investissements (AMI), et incorpore une analyse de l'AMI et d'autres accords multilatéraux sur les investissements dans le cadre du programme d'activité de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé;

◆ L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé continue de développer des positions analytiques sur les accords sur le commerce mondial et les investissements et communique avec ses membres sur les positions à adopter par les gouvernements qui participent aux discussions sur les accords sur le commerce et les investissements, pour que la santé des populations soit maintenue et améliorée.

Cette résolution a été adoptée le 01/09/2000 par consultation de l'assemblée générale des membres de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé et fait suite à une première résolution (San Juan de Porto Rico, juin 1998) relative à l'impact potentiel sur la santé des accords de l'OMC et des accords multilatéraux sur les investissements.

Merci à **Marie-Claude Lamarre** pour ses précisions. ■

de Dr Carter, le jeune étudiant, avec qui ils se sentent des points communs: étudiant et spectateurs sont également naïfs, et, ensemble, ils subissent les mésaventures des nouveau-venus dans le service et apprennent par leurs erreurs.

L'identification et la sympathie augmentent les réponses émotionnelles et l'acceptation des messages alors que la distance et le détachement favorisent les "illusions d'invulnérabilité"⁶, conduisent à un rejet des conseils, perçus comme non pertinents, et font obstacle à la modification du comportement que l'identification peut faciliter.

Ceci est particulièrement important pour la promotion de la santé car, contraire-

ment à l'idée répandue que l'obtention d'informations nouvelles peut directement et logiquement provoquer un changement d'habitudes, les réactions aux messages de la promotion de la santé ont plus à voir avec l'émotionnel que le rationnel⁷.

Certains spectateurs vont jusqu'à s'étonner que la réalité ne ressemble pas à la fiction

ment à l'idée répandue que l'obtention d'informations nouvelles peut directement et logiquement provoquer un changement d'habitudes, les réactions aux messages de la promotion de la santé ont plus à voir avec l'émotionnel que le rationnel⁷.

Troisièmement, la répétition est une partie centrale de l'éducation. Or, les séries et feuilletons médicaux ne peuvent pas éviter les répétitions, de par leur format continu et leurs narratifs qui contiennent souvent des discussions réitérées entre docteurs et patients, docteurs et familles, docteurs et infirmières, infirmières et patients, etc.

Quatrièmement, les messages qui jouent sur la peur, couramment utilisés pour la promotion de la santé, ont rarement donné les résultats positifs escomptés et ont parfois provoqué des effets 'boomerang'. Les fictions médicales peuvent avoir des passages inquiétants mais, en fin de compte, elles sont jugées rassurantes:

Nous aimons Urgences de façon rassurante. Nous voulons croire que ce sera pareil si nous nous retrouvons aux urgences.

De telles représentations positives ont plus d'impact que d'autres approches⁸.

Cinquièmement, les exhortations didactiques n'ont pas non plus, en général, achevé leur but. Le public tend à ignorer ou à refuser les demandes-commandes trop directes. Faire réfléchir les specta-

teurs et les laisser libre de décider peuvent être plus efficaces que des méthodes plus prescriptives. Les 'medical dramas' des années 1990, empreints d'incertitude post-moderniste, donnent à penser sans prêcher, sans imposer des valeurs. Ils permettent au spectateur de peser le pour et le contre de chaque situation et de parvenir à sa propre conclusion:

Ils ne font pas de démonstration. On ne nous dit pas 'ceci est bien, ceci est mal'. On nous montre des faits et des comportements. C'est à nous d'y réfléchir.

Sixièmement, les sources d'un programme influencent sa valeur perçue. Les spectateurs sont intransigeants: les réalisateurs doivent s'assurer que les données

médicales sont exactes et que le public n'est pas induit en erreur. La présence de médecins et leur rôle dans l'équipe de production sont bien connus et sont considérés comme une garantie de fiabilité, de même que l'origine des narratifs médicaux dans de vrais cas traités rapportés par des patients ou des professionnels de la santé. La provenance des informations offertes par *Urgences* est manifestement considérée comme suffisamment sérieuse pour inspirer confiance.

Septièmement, le réalisme est vu par la majorité des spectateurs comme le cachet de la série. *Urgences c'est réel, c'est comme la vie, on s'y croit.* Le feuilleton reflète bien ce qui se passe à l'hôpital et rappelle leurs expériences à ceux qui y sont allés. Cette perception est un atout crucial car le réalisme est le premier critère d'une bonne série d'infotainment⁹.

Huitièmement, un point plus général. Les médias font partie, explicitement ou implicitement, de nombreuses théories de psychologie de la santé; par exemple, les théories de cognition sociale⁹ incluent la façon dont les gens se représentent leur univers et, dans une société post-moderne et médiatisée, ceci comprend nécessairement la télévision.

L'analyse des données expose un lien fort et complexe entre la réalité et la télévision qui n'est plus simplement le miroir du

monde: les deux se fondent et se confondent, et certains spectateurs vont jusqu'à s'étonner que la réalité ne ressemble pas à la fiction. Ces réactions ne devraient pas nous surprendre à l'ère des 'docusoaps' où le public est fort conscient des similarités entre les programmes dits de fiction comme *Urgences* et, par exemple, les reconstructions du style *La nuit des héros*: les deux programmes sont basés sur des cas réels dramatisés pour l'occasion et dont les protagonistes sont joués par des acteurs, mais des experts assurent la véracité du côté médical/technique, de vrais appareils médicaux sont utilisés, et ils sont filmés (avec des steadycams, caméras légères portables) et montés (avec des images imparfaites et pas toujours claires) à donner une impression de spontanéité et d'amateurisme. Ces réactions soulignent le rôle central mais flou des médias dans la vie quotidienne.

Ni les producteurs, qui continuent à imaginer des spectateurs stéréotypes du style 'ménagère de moins de 50 ans', ni les organisateurs de campagnes de la protection de la santé, qui tendent souvent à penser que les recherches empiriques de leurs populations ciblées ne sont pas indispensables, ne savent grand-chose sur leur public. Les campagnes 'traditionnelles' de prévention de la maladie et de promotion de la santé sont loin d'avoir un taux de réussite élevé¹⁰; les efforts énormes entrepris pour lutter, par exemple, contre le tabagisme, n'ont pas eu les effets espérés. Il y a de bonnes raisons de penser que l'infotainment peut être plus efficace que les publicités et les programmes à but ouvertement éducatif.

Solange Davin, psychologue, spécialiste en anthropologie médicale

Adresse de l'auteur: 171b Shernall Street, London E17 9HX ■

⁶ Weinstein, N 1984 Why it won't happen to me *Health Psychology* 3: 431-457.

⁷ Frankham, J 1991 'Aids - it's like one of those things you read in the newspapers... it doesn't happen to you' in J F Shostak ed. *Youth in Trouble* London: Kogan.

⁸ Montazeri, A et al 1998 Fear-inducing and positive image strategies in health education campaigns. *Intern. J. of Health Promotion and Education* 36, 3: 68-75.

⁹ Theory of Planned Behaviour, Health Action Process Approach, par exemple.

¹⁰ Wallack, L M 1981 Mass Media Campaigns: the odds against finding behaviour change *Health Education Quarterly* 8, 3: 209-258.

Brèves

Arthrose Liège

6 mars 2001

Conférence-débat *Bien vivre avec l'arthrose, est-ce possible?*, à l'initiative de la Députation permanente du Conseil provincial de Liège, dans le cadre du projet 'Liège Province Santé'. Intervenants: **G. Pire, Prof. J.-M. Crielaard, Prof. J.-Y. Reginster, et un patient.**

Elle aura lieu dans les locaux de la banque Fortis, Place Xavier Neujean 8, à 19h30. Renseignements: Service provincial de promotion de la santé, 04-349 51 33.

Social Soignies

7 et 8 mars 2001

Le *GO Pass* de la SNCB offre aux jeunes la possibilité de voyager pour un prix modique à travers la Belgique.

Le jeu 'Go Pass pour la vie en société', créé par la Coordination sociale (CPAS de Soignies) les fait voyager dans l'environnement social.

Par un jeu de rôle, des questions individuelles et collectives, les jeunes découvriront le monde de l'emploi, la sécurité sociale, la gestion du budget en €, les droits et devoirs, les loisirs, les services publics, le logement, la santé, la justice, les professions libérales,...

Prévention et médecine générale

La prévention et les dodécagroupes? Quel rapport nous direz-vous?

Eh bien, depuis peu, l'Institut de médecine préventive de la Société scientifique de médecine générale (SSMG), a lancé un projet pilote, visant à favoriser l'intégration de pratiques préventives dans l'activité des médecins généralistes.

Les objectifs plus précis de ce projet sont repris dans l'encadré ci-dessous.

Les objectifs du projet "Prévention - dodécagroupes"

Dans un délai de deux ans:

- augmenter le nombre d'activités (en termes de formation et de publications) liées à la promotion de la santé au sein-même de la SSMG;
- arriver à ce qu'une quinzaine de groupes de médecins généralistes mènent à bien une démarche de prévention dans un domaine considéré comme pertinent scientifiquement, et en définissant eux-mêmes (avec un accompagnement méthodologique) objectifs, stratégies et indicateurs;
- augmenter le nombre de médecins de terrain soutenant la participation des patients à la prise en charge globale de leur santé tout en évitant une dérive vers un "terrorisme préventif".

L'enjeu de la prévention en médecine générale

Le médecin généraliste voit ses missions régulièrement redéfinies et précisées. A l'heure du Dossier médical global (DMG) - et de son pendant informatisé le DMI -, à l'heure d'une politique de "revalorisation" de la première ligne, à l'heure où le concept de promotion de la santé commence à être connu des professionnels de santé, il est clair que le médecin généraliste ne peut plus faire l'impasse sur certains aspects non curatifs de sa pratique. Dans le domaine de la promotion de la santé, cela ne signifie pas tout réinventer. Les

omnipraticiens posent tous, dans une mesure variable, des actes de médecine préventive (ils vaccinent, prescrivent des dépistages, participent à des campagnes de prévention telles la lutte contre le tabagisme, la prévention de l'ostéoporose, etc.).

Les atouts du médecin de famille

Le médecin généraliste occupe une place de choix pour être acteur de promotion de la santé. A côté des grandes structures verticales et de la médecine spécialisée qui visent un public (ONE, médecine du travail, gériatrie) ou un problème particulier (gynécologie, rhumatologie, etc.), la médecine générale a plusieurs atouts.

L'accessibilité

Répartis sur l'ensemble du territoire de la Belgique, les omnipraticiens sont géographiquement accessibles. De plus, ils se déplacent jusqu'au domicile des patients. Selon *L'enquête de santé de 1997*, 93% des Belges ont un médecin traitant et 75% le consultent au moins une fois sur l'année.

La globalité

Au cours d'une même consultation, le médecin peut par exemple passer d'un traitement pour maux de gorge aux difficultés que le salarié rencontre lorsqu'il a eu une incapacité de travail.

Globalité veut aussi dire diversité des points abordés lors de la relation patient-médecin. En France, il a d'ailleurs été démontré que dans 45% des séances (consultations et visites à domicile) de médecine générale, ce sont plusieurs problèmes qui sont exposés au praticien (le nombre moyen de problèmes abordés est de 2,8).

La continuité

Les patients sont fidèles. Une enquête du *Généraliste* en 1992 avait tenté d'approfondir cette question, soulignant que les raisons évoquées par les patients pour expliquer un changement de médecin traitant étaient principalement peu évitables: un déménagement du patient ou l'arrêt d'activité du médecin. Venaient ensuite l'âge du médecin, son manque de disponibilité, une erreur de diagnostic (3%) puis le fait de donner trop de médicaments. En règle

générale, le patient exprime donc une forte confiance en son médecin traitant.

La personnalisation des soins

Le médecin généraliste est un médecin de proximité. Il connaît l'environnement familial, social, physique, etc. de ses patients. De plus, il les suit dans le temps, parfois de la naissance à la maturité. Il peut donc tenir compte des particularités de chacun dans leur démarche de santé. Dans la pratique médicale, le savoir est valorisé par la faculté, le savoir-faire par la clinique et le savoir-être par le malade. A cette condition, le médecin soigne non plus l'organe malade, mais l'homme souffrant, sachant que celui-ci est immergé dans une culture qui lui est propre (représentations, valeurs, etc.), une condition sociale (mode de vie, etc.) et relationnelle (couple, famille, etc.).

Les attentes des patients

Vis-à-vis de la médecine préventive, les patients sont, contrairement à la perception de nombreux médecins, demandeurs (implicites) de propositions préventives et apprécient les initiatives de leur médecin dans ce domaine.

Les difficultés de la prévention

Etre acteur de promotion de la santé et prendre en charge de manière globale et systématique la santé de ses patients, cela n'est pas simple. Les exemples sont nombreux en la matière. Ainsi, en 1992-94, une étude auprès de médecins généralistes de la Communauté française sur leurs pratiques préventives quant à trois thèmes montrait que:

- près de 40% des médecins disaient proposer un dépistage systématique du cancer du sein et près de la moitié (46%) le faisaient de manière occasionnelle;
- concernant la vaccination des enfants,

Le Dodécagroupe est un groupe fermé d'environ 12 médecins se réunissant en moyenne dix fois par an, autour de leur animateur, pour aborder un sujet médical selon une optique essentiellement pratique. Les médecins de famille y sont co-gestionnaires de leur formation. La garantie de la qualité scientifique est assurée par la présence d'un expert. Le programme des sujets de réunions est établi à l'avance. Les thèmes sont proposés par les participants en fonction de leurs besoins.

- informer et expliquer afin que chacun comprenne les bénéfices de l'intersectorialité pour chacun des secteurs participants. Au besoin, produire des gratifications, par exemple par un fonds de financement encourageant les projets-intersectoriels;

- examiner les différents secteurs publics de l'organisation politique et identifier leurs potentialités pour la promotion de la santé; diffuser largement les résultats pour lancer un large débat public;

- identifier et assurer une nouvelle infrastructure pour garantir la permanence des investissements en santé, cette approche nécessitant un support institutionnel solide et un réseau d'alliés de diverses origines institutionnelles. Cette structure ne doit pas être marginalisée et l'approche "investir en santé" ne doit pas être une fonction pour de nouveaux spécialistes: cette approche doit être totalement intégrée dans les structures dynamiques et participatives de la région ou du pays, quelles que soient ces structures.

(basé en partie sur les sources suivantes: briefing document, Verona, Arena meeting II, 1999.)

Promouvoir la santé dans une époque de libre échange économique

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé vient de sortir une résolution qui est bien dans l'air du temps et nous semble plus que jamais pertinente. En voici le texte intégral.

- Une société prospère et en bonne santé est une société dans laquelle les richesses sont produites d'une manière durable écologiquement et réparties équitablement parmi ses citoyens.
- Les accords de libre échange économique de même que ceux sur les investissements, dans leur forme actuelle, ont eu tendance à diminuer la prospérité et la santé généralisées de différentes manières: en concentrant l'accumulation des capitaux et du pouvoir dans les mains d'un nombre réduit d'individus et d'entreprises transnationales, en encourageant chaque fois plus la consommation des ressources et des biens et de ce fait en soumettant l'environnement à des

Un dernier encadré commente quelques implications des principes de l'approche "investir en santé". Plusieurs concernent directement ou indirectement l'intersectorialité. Il ne semble pas possible de développer l'intersectorialité pour l'intersectorialité: il faut identifier les possibilités de promotion de la santé des divers secteurs de la politique publique et convaincre les différents partenaires des bénéfices que chaque secteur peut retirer de l'opération.

Cette proposition semble audacieuse. Pourtant, dans ce domaine comme dans d'autres, il semble bien que très modestement, ou plutôt trop confidentiellement, la Communauté française est un pionnier. Citons par exemple le fax d'information santé envoyé régulièrement par Question Santé aux élus communaux et la volonté de notre Ministre de la Santé de dynamiser communes et communautés (voir la Déclaration de Namur).

Il y a d'autres signes de l'évolution de notre secteur vers la promotion santé. Par exemple, on observe au fil des années une évolution du contenu des articles d'*Education Santé* (par un nombre de plus en plus varié d'auteurs) vers une diversité plus grande des interventions (concernant différents déterminants de la santé), qui n'excluent pas l'éducation pour la santé et l'éducation du

patient dont nous avons toujours besoin.

Le travail entrepris par les Centres Locaux de promotion santé en matière de recueil des besoins de la population est un autre exemple de l'avancée vers une nouvelle approche de diagnostic des problèmes. Il est vrai qu'un long chemin reste à parcourir. Pour le baliser, il pourrait être intéressant de réunir un consensus en Communauté française, autour de jalons relatifs à différents domaines, comme celui de la santé à l'école ou de la prévention des traumatismes. Ces exemples ne sont pas choisis au hasard: la Communauté est riche de nombreuses expériences dans ces domaines.

Il est prématuré de conclure de manière traditionnelle un article sur une approche qui se cherche. Toutefois, il semble qu'une recommandation pourrait s'ajouter à la définition de jalons. Cette recommandation concerne l'étude concrète en Communauté française des possibilités de promotion santé non seulement de notre secteur mais d'autres domaines voisins comme le travail social (et la lutte contre l'exclusion), l'environnement ou le mouvement syndical.

Danielle Piette, ULB-PROMES, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

superviser la mise en œuvre et la mise en vigueur des chartes de clauses sociales telles que celles concernant la protection de l'environnement, les droits de l'enfant, ou le code international du travail, doivent s'appuyer sur des arguments moraux pour inciter les pays signataires à introduire de telles clauses dans leur politique nationale.

- De nombreuses organisations non gouvernementales ont lancé des campagnes pour que soient incluses des clauses sociales dans les accords commerciaux de l'Organisation mondiale du commerce, afin d'utiliser les moyens dont dispose l'OMC de réguler le capital mondial au profit de la protection de l'environnement et de l'amélioration du bien-être de chaque être humain.
- L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé s'engage à plaider en faveur de politiques qui vont dans le sens de l'amélioration des conditions sociales, économiques et de l'environnement qui déterminent la santé de la communauté mondiale.

sans beaucoup de caractéristiques communes.

Un travail similaire de définition de jalons a été effectué par les étudiants de l'ULB de troisième cycle (orientation promotion santé) avec un résultat tout aussi différent. Il semble donc que les jalons soient utiles et même extrêmement utiles quand ils sont définis par et pour une équipe autour d'un projet précis mais que ces repères ne soient pas, dans l'état actuel de leur développement, transposables tels quels à d'autres situations.

Concernant les compétences utiles pour adopter l'approche "investir en santé", les 19 membres de l'UIPES ont identifié durant les 3 étapes d'une enquête Delphi les capacités présentées dans l'encadré ci-dessous.

L'importance de l'identification de ces compétences n'est pas dans la spécificité d'une habileté mais dans la combinaison de ces éléments. Par exemple, être capable d'identifier les déterminants socio-économiques de la santé, être capable d'en parler avec les groupes concernés, de construire des solutions en partenariat, d'en informer la presse et de former les étudiants. Et si on n'est pas capable de réaliser toutes ces actions, alors, il faut savoir identifier les alliés ou partenaires qui peuvent prendre le relais de ces activités.

Dépasser les obstacles

L'encadré présente également les barrières à l'adoption de l'approche "investir en santé". Ces freins sont importants car ils sont autant d'éléments à traduire en ob-

jectifs d'intervention, puisqu'il nous faut lever ces barrières tout autant que développer les compétences. Il est intéressant de remarquer qu'on retrouve dans cette liste des champs d'activités de la promotion santé tels que définis dans la Charte d'Ottawa. Citons deux exemples dont le plus frappant est probablement les deux barrières concernant la pauvreté du dynamisme communautaire. On retrouve ici l'intervention "renforcer l'action communautaire" mais cette proposition a mûri.

En effet, à côté du travail horizontal de développement communautaire se trouve la volonté d'introduire une troisième dimension, celle d'influencer, au départ des communautés, les décisions politiques aux niveaux local, régional et national. Un deuxième exemple pourrait être celui de la réorientation des services prônée par la Charte d'Ottawa.

Les 3 derniers problèmes identifiés sont la dominance du modèle traditionnel médical, le manque d'intérêt pour lier recherche et advocacy et la non-connaissance des mécanismes de décision politique. Ces constatations peuvent facilement conduire vers une réorientation des formations. C'est d'ailleurs cette dernière constatation qui a amené les membres de l'UIPES participant à la deuxième arène de Vérone à décider la réalisation et l'évaluation de projets pilotes de formation durant l'année 1999-2000, notamment en Norvège, en Espagne et en Belgique.

Tout le monde peut gagner

Les implications concrètes pour l'action sont les suivantes:

- donner une priorité politique à la santé: la santé n'est plus seulement l'affaire du ministre de la santé, des médecins et infirmiers mais aussi d'un large groupe de politiciens et planificateurs. Ces derniers doivent être constamment informés des déterminants socio-économiques de la santé;
- réorienter les services vers la santé et non plus seulement vers les soins de santé;
- développer les occasions de travailler en intersectoriel en identifiant ou nommant les personnes responsables pour initier le processus, en dégageant un minimum de financement pour le fonctionnement des groupes de travail, etc.

46% disaient être systématiques alors que 38% avouaient en avoir une pratique occasionnelle;

- dans le domaine de l'arrêt du tabagisme, la pratique préventive était encore plus rare puisque 78% n'en faisaient pas, moins de 1 généraliste sur 5 le faisait occasionnellement et 5% seulement de manière systématique.

Lorsqu'on interroge les médecins, les arguments cités pour expliquer la non systématisation de certaines pratiques préventives sont nombreux:

- les problèmes de communication avec les patients ("le motif de la consultation ne se prête pas à de la prévention", "les patients ne font pas de demande", etc.). Et pourtant, on sait que la demande des patients est réelle: selon une étude de Europep Task Force, en Belgique, 59% des patients wallons seulement considèrent que l'offre des médecins généralistes en matière de prévention est excellente;

- le fait que d'autres intervenants prennent en charge certains actes préventifs (médecine du travail, ONE, etc.), ce qui atténue le sentiment de responsabilité du médecin généraliste face à ces activités;

- le manque de consensus, de stratégies claires et pratiques, d'outils;

- le manque de temps et la lourdeur des actes administratifs liés à ce type d'activité, ou l'absence d'honoraires permettant de valoriser le temps consacré à la prévention;

- le manque de formation à la prévention, le cursus universitaire étant tourné vers le curatif, habituant à ce que chaque acte posé ait un effet visible.

Or, il est démontré que les mesures préventives sont d'autant plus performantes que le médecin est lui-même convaincu par ce qu'il propose et qu'il se montre capable de motiver son patient. Autrement dit, pour que l'omnipraticien puisse inciter son patient à participer à la prise en charge de sa santé, il faut d'abord qu'il soit lui-même soutenu dans cette démarche.

Les précurseurs

En 1998, deux dodécagroupes et un GLEM² s'étaient portés volontaires pour être des groupes-pilotes dans notre démarche. Ils ont été rejoints en 1999 par cinq autres dodécagroupes. Chacun des groupes définissait par consensus en son sein un thème de prévention et une mé-

thode de travail.

Ces précurseurs ont essuyé les plâtres et de nombreux enseignements peuvent être tirés de cette première phase: le choix du thème notamment était une des premières embûches sérieuses (voir encadré).

Relevons quelques-uns de ces enseignements:

- dans le choix du projet par le groupe, mieux vaut ne pas être trop ambitieux et commencer par un thème simple et faisable;

- il faut garder à l'esprit une double préoccupation: à la fois lancer une dynamique de groupe et faire en sorte que chaque médecin pris séparément trouve quelque

chose d'intéressant au projet et l'applique dans sa pratique;

- il est important de constituer une cellule de 2 à 3 médecins responsables du projet pour chaque dodécagroupe;

- il importe d'affronter d'emblée un obstacle, la méconnaissance qu'ont de nombreux médecins quant aux réelles attentes de leurs patients en matière de prévention et de gestion globale de la santé;

- il faut tenir compte de l'hétérogénéité de chaque groupe: il en résulte des difficultés de consensus pour le choix du thème, des objectifs et des stratégies de chaque projet. De ce fait, un encadrement scientifique et méthodologique est nécessaire.

Les actes préventifs de base

D'un point de vue général, les accompagnateurs du projet soulignent "qu'avant de se lancer dans un projet, une revue de la littérature scientifique s'impose afin de situer l'acte préventif choisi: combien de personnes sont concernées par le problème? Al- lons-nous en dépister suffisamment pour que cela soit intéressant? Risque-t-il d'y avoir beaucoup de faux positifs? Et de faux négatifs? Une fois le dépistage effectué, que pouvons-nous proposer au patient? Sa santé (y compris sa santé mentale face à un nouveau diagnostic) sera-t-elle améliorée? [...] N'oublions pas qu'au bout du compte, une question reste essentielle: est-ce que ce projet sera utile à mon patient?"

Pour rappel, dix actes préventifs de base sont confirmés comme utiles et pertinents par les experts belges: mesurer le poids et la taille, mesurer la tension artérielle et la cholestérolémie, conseiller aux personnes âgées un examen de l'ouïe et de la vue, examiner la peau et l'hygiène dentaire, réaliser les vaccinations, le frottis de col de l'utérus, les mammographies de dépistage du cancer du sein. On peut y ajouter la prévention des signes de la ménopause. Ces actes sont retenus parce qu'ils répondent aux critères d'inclusion dits "simultanés et nécessaires de Frames". Ceux-ci sont:

- la maladie dépistée doit être fréquente, c'est-à-dire que son incidence et/ou sa prévalence doivent être suffisamment élevées pour justifier le dépistage en tenant compte des coûts (matériels et humains, en ce compris l'impact anxiogène des faux positifs et la réassurance injustifiée des faux négatifs);
- elle doit être grave, c'est-à-dire avoir un effet significatif sur la quantité de vie (mortalité) et sa qualité (morbidité);
- elle doit être clairement distincte de la normalité. Son cours doit être connu et son stade pré-symptomatique bien défini par rapport au stade clinique;
- le traitement au stade pré-symptomatique doit réduire la mortalité et la morbidité de façon plus marquée que le traitement après l'apparition des symptômes;
- la maladie doit être traitable et contrôlable en tant que phénomène de masse;
- toutes les facilités de diagnostic et de traitement des sujets positifs au test de dépistage doivent être disponibles;
- le programme de dépistage ne sera mis en place qu'après avoir examiné les autres priorités sanitaires dont la réalisation entraînerait un coût identique à celui de ce programme.

² Pour groupe local d'évaluation de la pratique médicale. L'accord national médico-mutuelliste prévoit que le médecin qui souhaite être accrédité prête son concours à des initiatives d'évaluation de la qualité organisées par les pairs. L'accréditation est un label de qualité attribué aux médecins qui répondent à certaines exigences. Le GLEM est un groupe monodisciplinaire, local ou locorégional, de 8 à 25 médecins.

Entre temps, huit autres animateurs de dodécagroupe/GLEM se sont inscrits de manière à participer en 2000-2001 à la même démarche. Une première réunion leur fut proposée. Les échanges entre les médecins présents furent nombreux. De la discussion, relevons les points suivants:

En matière de prévention, il y aurait un **problème de recommandations**. Les messages changent en fonction des auteurs (spécialistes, firmes pharmaceutiques, etc.) et au cours du temps. On ne sait plus à qui se référer. A tel point que certains groupes se sentent obligés de réinventer la roue alors qu'il y a peut-être sur le sujet un consensus méconnu (voir à ce propos l'encadré sur les actes préventifs de base).

Il faut **savoir parler de prévention** à ses patients. Faut-il aborder le sujet de la mammographie, par exemple, avec une patiente venant pour une angine? Pour certains, cela paraît difficile, pour d'autres pas du tout. Il faut aussi pouvoir contacter l'ensemble des patients concernés par une même problématique. Ce n'est pas simple. C'est pourquoi, plutôt que faire un peu de tout, il vaut sans doute mieux commencer par travailler sur un thème de prévention et essayer de mener celui-ci à bien.

Une **campagne médiatique** peut parfois aider le médecin généraliste dans sa démarche de prévention. Mais ce n'est pas l'essentiel. Par contre, ce qu'il faut absolument, c'est que le médecin soit lui-même convaincu de l'efficacité de l'acte préventif qu'il pose. Dès que le médecin y croit, cela marche!

La **prévention n'a pas de résultats palpables** comme en a le curatif. De plus, en matière de dépistage, le patient n'est pas nécessairement reconnaissant lorsqu'on lui trouve un problème de santé qu'il ignorait. Ce n'est donc pas valorisant pour le médecin.

Les médecins font de la prévention, mais de manière très différente les uns des autres. Ils sont **très individualistes**. Pour travailler ensemble dans ce domaine, il est nécessaire de créer une ambiance de confiance dans le groupe, de façon à ce que chacun puisse s'exprimer sans crainte.

Un appel est lancé aux membres et responsables de dodécagroupes intéressés, pour qu'ils s'associent à la démarche. L'Institut de médecine préventive propo-

sera un soutien effectif à ces groupes (voir encadré). Pour en savoir plus, vous pouvez vous adresser au Dr Pascale Jonckheer, SSMG, rue de Suisse 8, 1060 Bruxelles.

Dr Patrick Trefois, Dr Pascale Jonckheer, Dr Jean Laperche
Ce programme est subventionné par la Communauté française. ■

Les axes de collaboration proposés par l'Institut de médecine préventive

Rencontrer les membres des dodécagroupes volontaires pour définir avec eux la logique du projet

Les membres du dodécagroupe assurent eux-mêmes la mise en place d'un projet local. La mise sur pied d'une cellule de 2 ou 3 membres désignés comme responsables du projet est souhaitée. L'expérience de 1999 nous montre en effet que la dynamique du groupe se voit renforcée lorsque quelques personnes se soutiennent.

Préparer les animateurs volontaires à la démarche de projet, notamment sur le plan méthodologique (comment définir un objectif, etc.):

- en proposant une formation de base aux animateurs volontaires;
- en proposant un accompagnement méthodologique des animateurs volontaires par un permanent de la SSMG;
- en proposant des outils que les animateurs pourraient finaliser entre eux en fonction de leurs besoins (résumé des enquêtes sur les difficultés des médecins généralistes en matière de médecine préventive, présentation d'un échancier "papier" et d'échanciers informatisés, grille d'items préventifs en médecine générale, présentation d'actions concrètes réalisées en médecine générale, présentation du *Guide canadien de médecine préventive...*);
- avec l'aide de personnes-ressources extérieures, ayant une maîtrise de la gestion de projet et de la dynamique de groupe.

Travailler les difficultés que les médecins généralistes rencontrent quand ils veulent pratiquer régulièrement et utilement des actes de médecine préventive:

- identifier ces difficultés et en discuter pour les dépasser;
- insister sur les attentes des patients et motiver les médecins en soulignant la valorisation de leur image face à leurs patients et le bénéfice en termes de santé publique; travailler avec eux le dialogue et la participation des patients.

Assurer que chaque projet s'inscrive dans un consensus scientifique

En effet, notre phase-pilote nous a appris que le consensus de certains groupes s'établissait sur des thèmes non reconnus comme prioritaires.

Une proposition de 5 ou 6 thèmes de prévention devrait limiter le choix en fonction de critères scientifiques d'efficacité et de faisabilité.

Chaque dodécagroupe consacre une soirée à définir ses objectifs, un thème (par exemple la vaccination, la mammographie, etc.), ses stratégies, ses méthodes, etc. en sachant qu'atteindre un consensus n'est pas toujours possible.

Proposer un contrat d'engagement réciproque "dodécagroupe - SSMG"

Pour sa part, la SSMG assure la mise à disposition des moyens et chaque dodécagroupe s'engage à assurer le suivi du projet choisi pendant un minimum de 2 ans. Cela implique de consacrer régulièrement une partie du temps de travail du dodécagroupe à l'évolution du projet et aussi de réaliser une évaluation trimestrielle de ce dernier.

Organiser les échanges d'expériences entre dodécagroupes participants.

(Arènes de Vérone de 1998 et 1999) et reconduites en partie par des équipes ou étudiants de différents pays ou régions (dont la Roumanie, l'Ecosse, la Norvège et la Communauté française de Belgique).

Enfin, la dernière source d'information est fournie par les résultats intermédiaires d'un projet portant sur les compétences nécessaires pour adopter efficacement l'approche "investir en santé". Ce travail sur les compétences et la formation a été réalisé par les membres de l'Union internationale de promotion éducation santé (UIPES) invités par l'OMS à participer aux Arènes de Vérone.

Pas de remède miracle

Les principes de l'approche "investir en santé" sont reproduits dans le premier encadré.

Prenons le premier, "garder constamment la santé comme cible des interventions et des politiques en documentant scientifiquement les déterminants des problèmes" et voyons ce qu'il peut vouloir dire.

Un très bel exemple nous est fourni par la Roumanie dont une loi nouvelle va obliger les parlementaires à considérer l'impact pour la santé de toutes les nouvelles politiques, quel que soit le domaine considéré. Comme il n'y a pas de miracle, les décisions du Parlement roumain, par exemple en matière de transport, d'urbanisme ou d'agriculture seront réellement promotrices de santé si l'influence sur la santé des déterminants concernés par une nouvelle loi est bien documentée. Donc, si des équipes préparent les dossiers sur la relation entre ces conditions de vie et la santé... Tout le champ des politiques publiques saines, jusqu'ici peu investi, s'ouvre largement aux équipes pluridisciplinaires de promotion de la santé.

Les principes de l'approche "investir en santé"

- 1.- Garder constamment la santé comme cible des interventions et des politiques en documentant scientifiquement les déterminants des problèmes.
- 2.- Impliquer les populations au maximum, non seulement à travers les processus démocratiques mais par un engagement des communautés dont de nouvelles formes de participation doivent être expérimentées dans le respect des différences.
- 3.- Travailler en intersectorialité, ce qui paraît indispensable vu l'importance de secteurs comme l'éducation, le commerce, l'emploi, les services sociaux, etc.
- 4.- Assurer l'équité en offrant à tous de réelles occasions de développer et maintenir leur santé par une distribution appropriée des ressources.
- 5.- Développer durablement la santé, ce qui signifie à la fois adopter un processus continu d'investissement en santé et aussi utiliser les ressources de manière à ne pas compromettre le développement des générations futures.
- 6.- Baser les décisions d'investissement sur un savoir multiple, non seulement celui produit par les experts mais aussi celui exprimé par les communautés.

(source: briefing document, Verona, Arena meeting II, 1999)

Toutefois, certaines ou peut-être même la plupart des décisions posent de véritables dilemmes car aucune alternative n'apporte une solution adéquate pour chaque groupe de partenaires. Pensons au débat récent concernant la diminution des nuisances sonores de l'aéroport de Zaven-

tem et l'impact des mesures de restriction des vols de nuit sur l'emploi.

A la deuxième arène de Vérone, en 1999, les participants avaient travaillé en sous-groupes autour de "dilemmes" et avaient dégagé des tensions représentées dans la figure 2. Il faut assumer et gérer ces problèmes, qui ont aussi été identifiés par des étudiants de l'ULB travaillant sur des dilemmes similaires. Il semble donc y avoir une constante dans les difficultés rencontrées.

Ces tensions n'ont pas de solution simple. Comme promoteurs de la santé, on serait tenté par exemple de privilégier systématiquement la direction "population vers le politique" plutôt que le processus du politique vers la population. Dans ce cas, il est probable qu'aucune limitation de vitesse n'existerait sur nos routes, qu'il n'y aurait pas non plus de vaccination obligatoire, ni de cotisation de solidarité... Il faut donc légiférer parfois - ou souvent? - contre l'avis de la majorité de la population.

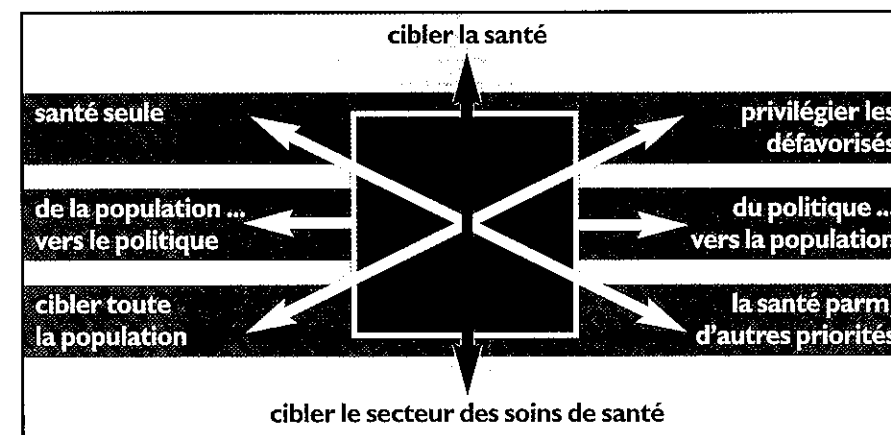
Un autre problème est celui du développement de l'ensemble de la population opposé au travail exclusif avec les populations défavorisées. Les tenants de la première approche démontrent que le développement socio-économique durable concerne toujours l'ensemble de la population, développement qui bénéficie à tous les groupes sociaux, et donc, y compris aux plus défavorisés. Les défenseurs du travail avec les défavorisés avancent l'urgence des situations de souffrance des familles fragilisées pour justifier une exclusivité de services ou projets pour cette population. Il est facile de dire "faisons les deux". Dans la pratique des répartitions budgétaires et de l'utilisation des ressources, il est parfois - ou souvent? - nécessaire de choisir.

Trouver des repères

Revenons au processus de l'approche "investir en santé". Durant la première Arène de Vérone, en 1998, les participants ont tenté de définir et peaufiner des jalons vers une approche efficace d'investissement pour la santé.

Les résultats de ces travaux sont présentés sur le site internet indiqué plus haut. Ces jalons ont été testés par 4 régions ou pays durant l'année 1998-1999. Le résultat présenté lors de la deuxième rencontre de Vérone est assez décevant: les 4 équipes ont proposé des changements intéressants, bien adaptés à leur situation mais

figure 2 : dilemmes et tensions

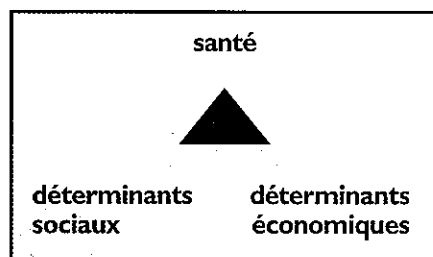


Investir en santé

Investir en santé peut apparaître incongru en promotion santé. Cela peut en effet être perçu comme un conseil de placer des capitaux dans le domaine de la santé en leur assurant des rendements intéressants. Il ne s'agit bien sûr pas de cette signification. Les investisseurs ne nous ont d'ailleurs pas attendus pour exploiter un secteur aussi profitable sur le plan commercial avec son cortège de méga-fusions.

Investir en santé doit en effet se lire "investir pour la santé". Selon la proposition de l'OMS-Europe, il s'agit d'une approche de la promotion santé visant à utiliser au mieux les ressources pour agir le plus efficacement possible au niveau des déterminants socio-économiques de la santé. Un triangle résume bien cette approche (figure 1) et nous rappelle l'importance de la situation socio-économique des individus, des familles, des communautés et des sociétés dans le développement de la santé et du bien-être.

figure 1 : la triangulation de l'approche "investir en santé"



Mieux vaut être riche et bien-portant...

En Europe, les différences socio-économiques subsistent entre les pays de l'Ouest et de l'Est et à l'intérieur de ceux-ci (OMS-Europe 1999a; UNICEF 1997). On observe des différences dans l'état sanitaire des populations ou des groupes de population en fonction du gradient socio-économique.

Par exemple, il y a une différence moyenne de 9 à 12 ans d'espérance de vie sans handicap ou maladies invalidantes entre les pays les plus riches et les plus pauvres d'Europe. A l'intérieur de chaque pays eu-

ropéen, on observe une relation entre le niveau socio-économique et une vie plus confortable, exempte de labeur physique harassant, de pollution acoustique et toxicologique. Il n'est même plus besoin de préciser dans quel sens va ce gradient ou en faveur de quel groupe social.

Les preuves s'accumulent, montrant qu'une grande partie des différences de santé

Une grande partie des différences de santé et de qualité de vie trouvent leur origine dans l'exposition à des conditions de vie promotrices ou destructrices de santé et de bien-être

et de qualité de vie trouvent leur origine dans l'exposition à des conditions de vie promotrices ou destructrices de santé et de bien-être.

Face à ces constats, les professionnels de la santé peuvent saisir les occasions de dénoncer l'influence des déterminants socio-économiques sur la santé et même d'agir de concert avec la population et d'autres groupes de professionnels pour modifier certaines des causes profondes des problèmes de santé et de mal-être.

Cette ouverture de la promotion de la santé vers le secteur socio-économique n'est certainement pas neuve. Elle a même été officiellement ratifiée il y a trois ans par nos dirigeants. En effet, en 1998, les 51 pays de la Région européenne de l'OMS ont voté pour une nouvelle politique "Santé 21:21 objectifs pour le 21e siècle".

Tout en reconnaissant l'importance cruciale des services de santé dans l'amélioration de la santé de la population, ce document souligne le fait que la plupart des problèmes de santé les plus importants trouvent leur origine dans les conditions de vie. Un document publié par l'OMS-Europe (1998) résume les évidences scientifiques expliquant le rôle des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être à travers des thèmes comme le stress, les conditions de la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le support social, les toxico-dépendances, l'alimentation ou les transports.

Un 'investissement' éthique

Il est devenu clair pour tous que l'état de santé n'est pas seulement influencé par la présence ou non de services de santé performants ni par l'absence ou la présence de germes pathogènes. Si les conditions sociales et économiques jouent un rôle central dans les inégalités de santé, si les déterminants sociaux influencent l'état de

santé, alors, les conditions socio-économiques des populations doivent être prises en compte par les professionnels de santé.

Face à l'accumulation de ces constats, il est impératif, tout en continuant la dispensation des soins de santé et le développement de politique de soins et de prévention efficaces, d'adopter une stratégie de promotion de la santé qui prenne en compte les conditions socio-économiques génératrices de maladies, morts précoces et mal-être, et tente réellement de remédier aux inégalités. "Investir en santé" est une approche de promotion santé qui identifie les investissements capables d'améliorer la santé des populations en prenant en considération les déterminants sociaux de la santé d'une manière crédible, efficace et éthique.

Il est difficile de présenter cette approche qui se cherche et se structure encore. Aussi est-ce très modestement qu'est faite ci-dessous la tentative d'en partager les principes, les questions, les processus.

Le fonds de l'information est constitué par le projet de l'OMS-Europe "The Verona initiative" qui en est à la troisième et dernière année de son développement. Une présentation de ce projet et des principaux documents est disponible sur un site internet en évolution :

(<http://www.who.dk/verona/intro.htm>).

Une deuxième source d'information rassemble les expériences vécues durant les deux premiers séminaires de Vérone

Pour en finir avec les inégalités sociales de santé

Il y a 5 ans sortait le *Rapport général sur la pauvreté*. L'originalité essentielle de ce Rapport était qu'il avait été rédigé avec les premiers intéressés, les experts en vécu: les pauvres eux-mêmes. ATD Quart Monde voulait garder le cap et évaluer avec ces mêmes experts. Mais il s'agissait aussi d'aller plus loin, de poser des jalons pour l'avenir, bref d'avancer pour que cessent les inacceptables inégalités et leurs douloureuses conséquences en terme de santé. Pour y parvenir, il fallait donc croiser les intelligences et les savoirs pour innover dans une démarche de connaissance et d'action.

C'était l'objectif d'une journée de dialogue, de réflexion, de rencontre et de décision que proposait ATD Quart Monde avec le soutien de l'Observatoire régional de la santé de Bruxelles le 21 octobre 2000.

Quelques interventions en plénière ont été suivies par des ateliers dont les thèmes étaient :

- la prévention, un luxe réservé aux riches?
- rencontre ou confrontation entre familles pauvres et professionnels?
- l'évaluation de la santé, un exercice réservé à quelques spécialistes?
- des soins de qualité: est-ce possible? A quelles conditions? Quelles sont les attentes?

Douleur

Participer à cette journée organisée par ATD Quart Monde m'a permis d'appréhender les obstacles vécus au quotidien par les familles en situation de précarité. Même si mon expérience comme infirmière en maison médicale m'avait fait rencontrer cette réalité, les témoignages ont ravivé la conscience du fossé qui existe entre ce qu'elles vivent et les déclarations de notre société affirmant garantir à chacun la possibilité de vivre dignement et de bénéficier des soins de santé.

Si j'ai ressenti un malaise croissant au cours de cette journée, je me dis que pour moi, ce n'est qu'une journée douloureuse en passant. Mais pas pour toutes les familles précarisées qui ont eu l'énergie de témoigner, de partager ce qu'elles vivent, de dire leurs colères, leurs attentes. Pour elles, cela recommence le lendemain et mon malaise est peu de chose à côté de leur douleur. Pour elles, témoigner, revendiquer est vraisemblablement libérateur, mais elles ne le font pas non plus sans souffrance: je pense à cette maman qui se sentait mal, dont la douleur augmentait au fil de la journée, je pense aussi à cette jeune fille épuisée qui essayait de dormir. Merci à elles pour leurs témoignages et leur force!

BT

Voici quelques échos de ce qui s'est échangé lors de cette journée.

Des témoignages et des constats

Le manque d'information

"A la mutuelle, la complémentaire, ça coûte cher. Et puis, la personne doit chercher

La santé, c'est se sentir utile, pouvoir faire des choix et pas qu'on nous impose des mesures

l'information concernant les avantages. Quand on a droit à quelque chose, il faudrait qu'on soit informé, qu'on en bénéficie automatiquement."

Les lourdeurs administratives

"Il faut faire la file au CPAS pour demander un réquisitoire même si finalement cela ne met que deux secondes pour l'avoir. Quand on va à une révision, on est pris comme des chiens. On doit arriver à 7 heures du matin, attendre dehors par tous les temps, pour être sûr de passer. Comme je dois mettre ma fille à l'école, j'arrive trop tard pour m'inscrire."

"Et puis toutes les formalités administratives, ça coûte, faire des copies, téléphoner, on ne comprend pas ce qui est écrit... Il

faudrait des endroits où on peut accéder gratuitement au téléphone, faire des copies avec l'aide d'une personne-ressource."

La non-liberté de choix

"Au CPAS, tu peux pas choisir. Chaque CPAS a sa liste de médicaments qu'ils paient mais il n'y a pas beaucoup de médicaments sur la liste. Tu déménages, tu

changes de CPAS, et tu ne trouves plus les médicaments que tu prenais, tu ne peux plus aller chez le même médecin parce qu'il n'est pas reconnu par l'autre CPAS. Ce n'est pas normal que cela change d'un CPAS à l'autre."

"Il faut choisir entre manger et se soigner."

Le manque de respect, de considération

"A l'hôpital, si tu viens avec un réquisitoire, il faut attendre. Je préfère payer de ma poche, je me fais mieux voir."

"Dans les écoles aussi, les enfants doivent rentrer des papiers pour avoir droit au lait. Les enfants aussi sont regardés, étiquetés. Il y a toujours des difficultés, des remarques."

"On ne me respecte pas, alors je m'en vais."

L'insuffisance des nouvelles mesures pour élargir la couverture sociale

"Avant je n'avais pas de mutuelle, après j'ai eu une mutuelle. Mais les soins coûtent toujours très cher: il y a beaucoup de médicaments à payer de notre poche. Et le ticket modérateur, il faut quand même bien le payer ou bien il faut aller au CPAS demander un réquisitoire, c'est pareil qu'avant!"

Des propositions

De ces constats et témoignages, des objectifs prioritaires se sont dégagés, qui se résument en quatre axes essentiels :

- assurer les préalables à la santé c'est-à-dire le logement, l'alimentation, l'éducation;
- faciliter l'accès aux soins, non seulement l'accès financier mais également culturel;
- définir de nouveaux indicateurs de santé qui permettent d'évaluer ce que vivent les personnes concernées. Quelques propositions ont été faites: indicateur de qualité de logement, indicateur de considération (pas d'attitudes discriminatoires), indicateur de choix (possibilité de choix du prestataire, du médicament,...), indicateur du poids des démarches administratives et autres (temps d'attente, simplicité des procédures,...);
- enfin, donner la priorité à des mesures universelles, les mesures spécifiques (telles

que le réquisitoire) étant stigmatisantes, maintenant les gens dans une citoyenneté de seconde zone.

Des méthodes à privilégier

Le chemin pour atteindre ces objectifs, et donc pour améliorer la santé, nécessite une démarche active:

- par des efforts concertés des différents acteurs avec une attention aux plus défavorisés;
- par la formation des différents acteurs (aussi bien les bénéficiaires que les prestataires proches des personnes) et l'évaluation des objectifs et des mesures prises

par tous les acteurs et pas seulement les professionnels;

- par le contenu et la cohérence des interventions: importance des réseaux de soignants, cohérence des politiques de CPAS;
- par la proximité: grâce aux réseaux locaux, développer des actions et une évaluation avec l'ensemble des acteurs (prestataires et bénéficiaires);
- par la médiation c'est-à-dire le droit à des recours indépendants quand on a un problème, qu'il y ait des relais.

Bernadette Taeymans ■

ATD Quart Monde Wallonie - Bruxelles ASBL, Av. V. Jacobs 12 - 1040 Bruxelles.

Les ambassadeurs de l'ombre

Elles étaient au Théâtre national début septembre. "Elles" c'étaient des familles du quart monde. Elles étaient là pour jouer une création, leur création, avec le soutien de **Lorent Wanson**, metteur en scène.

Cette aventure a débuté à la Maison des savoirs d'ATD Quart Monde, qui a pour objectif d'offrir aux familles exclues de la vie associative et culturelle un lieu de rencontres positives et une possibilité de recul par rapport aux urgences quotidiennes, un lieu où elles peuvent créer, partager leur sensibilité avec des artistes confirmés.

La naissance d'un acte théâtral

L'objectif de ce projet était d'expérimenter un partenariat sur deux années entre des professionnels du spectacle et des familles - parents, enfants, frères, sœurs, grands-parents, ... - vivant ou ayant vécu l'extrême précarité. Les diverses expériences de vie, les sensibilités, les techniques des professionnels, les connaissances empiriques se sont croisées, confrontées, enrichies mutuellement.

Au fil des rencontres, du travail et des répétitions, l'objectif s'est transformé pour aboutir à un projet où une population se fait entendre, exprime publiquement ses espoirs et ses craintes afin de casser les imageries toutes faites sur la pauvreté et rappeler que, suite à la prise de conscience, le chantier qui nous attend tous est de se mettre ensemble afin de trouver des solutions et de lutter pour l'éradication des injustices et de la grande pauvreté.

Le spectacle lui-même est construit sur une succession de moments, de tableaux partant de situations vécues par les familles mais sublimées pour atteindre quelque chose d'universel: cet homme

"L'art redonne aux gens une liberté qu'ils n'ont plus forcément car ils vivent souvent des situations d'assistance et de dépendance. En permettant à l'homme d'être créateur, il lui restitue sa dignité humaine." Jacqueline Page, responsable de la Maison des savoirs d'ATD Quart Monde

qui se débat dans les difficultés financières et qui voit arriver l'huissier, ces enfants qui éprouvent tant de difficultés à s'intégrer dans une société, une école mais pour qui l'enjeu est d'apprendre pour s'émanciper, ... Toutes ces scènes étaient ponctuées par de la musique, des chants pleins à la fois de nostalgie et de force. Sans oublier l'entracte, où le bruit des louches frappées contre les casseroles nous appelaient à partager la "soupe populaire".

Quelques moments poignants

Face à nous, chacun des acteurs (de sa vie!) a témoigné, rappelant son parcours de vie avec ses épreuves, ses blessures, ses deuils: cette maman, le sanglot dans la gorge, à qui sa fille avait été retirée, placée et qui, après de nombreuses démarches,

pouvait témoigner avec elle devant nous; ce père marqué par le suicide de son fils qui n'avait pas trouvé d'autre issue après maintes fugues pour rejoindre son père alors qu'il était placé par le juge.

Mais malgré la souffrance exprimée, ces témoignages étaient un acte de foi profond dans la vie, ne fût-ce que par le fait que leurs auteurs aient accepté de nous confier leur histoire, de nous faire confiance.

Cette scène aussi, sans parole, une 'simple' démonstration de majorettes entamée par une femme, puis deux, puis une jeune fille, puis une fillette et enfin, un tout petit bout de femme, comme une danse où se transmet, de génération en génération, une énergie de vie plus forte que les épreuves.

Je n'en dirai pas plus mais c'était un grand moment d'émotion tant sur le plan théâtral que sur le plan humain. Et... s'ils sortent à nouveau de l'ombre, soyez présents!

BT, avec l'appui de la brochure "Les ambassadeurs de l'ombre" ■

Locale

La Plate-forme des associations liégeoises de prévention du sida

Dans le cadre de sa mission de coordination des actions de prévention du sida, le Centre liégeois de promotion de la santé a redynamisé depuis mars 2000 la *Plate-forme des associations liégeoises de prévention du sida*.

Elle réunit le Centre de référence sida de l'ULg, la Coordination sida, des centres de planning familial, des associations qui font de la prévention du sida auprès de publics à risque (toxicomanes, homosexuels, prostituées, jeunes...) et les pouvoirs politiques tels l'Echevinat de la Promotion de la santé et de la Jeunesse de la ville de Liège, Liège Province Santé et Seraing Ville Santé.

Cette *Plate-forme* est un lieu de **concertation**: les partenaires échangent leurs points de vue, leurs informations, leurs pratiques de terrain, leurs méthodes de travail, leurs outils...

Elle est aussi un lieu de **convergence**: ces rencontres favorisent l'intersectorialité et facilitent les partenariats entre des associations de terrain, des organismes politiques, médicaux...

Enfin, elle est une **décentralisation** de la *Plate-forme de prévention du sida* de la Communauté française: l'information peut facilement transiter du niveau communau-

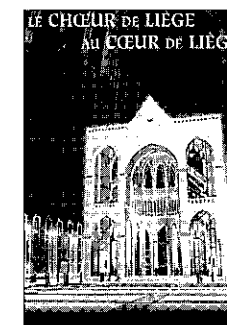
taire vers le local et remonter, lorsque c'est nécessaire, vers la Ministre de la santé de la Communauté française.

Notre première expérience

A l'occasion de la *Journée mondiale du sida* du 1er décembre 2000, les partenaires ont mis en commun leurs informations, leur analyse de la situation en région liégeoise et ont mené ensemble plusieurs actions de prévention. Une **affiche** portant le slogan: "**Journée de lutte pour la vie**" a été créée en collaboration avec les associations de terrain, les pouvoirs politiques et les jeunes. Cette affiche est apparue sur les murs des écoles secondaires et supérieures, des maisons médicales, des maisons de jeunes, des plannings familiaux... et sur les écrans situés dans le chœur de la Cathédrale.

Les stewards urbains de la ville de Liège ont distribué des paquets cadeaux contenant différents messages de prévention ainsi qu'un nœud rouge, réalisé par les bénévoles du Centre de référence sida de l'ULg.

Liège Province Santé a mis son emplacement à profit pour que la *Plate-forme* puisse sensibiliser les passants de la brocante toute proche, au thème de l'OMS *Les hommes font la différence*. Grâce au CRIPEL (Centre régional pour l'intégration des



personnes étrangères ou d'origine étrangère de Liège), des personnes souvent défavorisées ont reçu une information sur le sida dans leur langue maternelle.

Quant aux associations de Seraing, elles se sont davantage concentrées sur des animations pour les jeunes: soirée DJ et concert de rap, exposition d'affiches consacrées à la prévention du sida fournie par la Fédération laïque des centres de planning familial...

Une conférence de presse commune a également été organisée pour faire le point sur la maladie et pour présenter toutes les activités du 1er décembre.

Grâce aux connaissances, à l'imagination, aux collaborations et au talent de chacun et de chaque association, la *Journée mondiale du sida* a été l'occasion de prouver que coordination, concertation et participation peuvent prendre du sens.

A suivre...

Chantal Leva et Elise Malevé, Centre liégeois de promotion de la santé ■

Alimenta-jeux

Le Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon (CLPS-Bw) est heureux de vous faire partager sa découverte d'un nouveau jeu éducatif dans le domaine de l'alimentation.

Alimenta-jeux est un coffret de jeux éducatifs conçu par l'asbl Enfance et diététique, service de l'Intercommunale des oeuvres sociales du Brabant wallon.

Ce coffret est joliment décoré d'un panier de fruits et légumes très colorés. On comprend immédiatement qu'il traite d'alimentation! Le tout est réalisé en bois vernis et est destiné aux enfants de 3 à 8 ans.

Grâce à *Alimenta-jeux*, les enfants vont se familiariser avec les aliments et les groupes alimentaires.

Les jeux sont très attractifs. Leur graphisme est simple et précis. Les coloris utilisés

sont vifs et fidèles.

Le coffret contient 6 jeux et le carnet des règles des jeux: découverte des senteurs (puzzle de 7 fruits parfumés aux senteurs alimentaires); loto; dominos; jeu des familles (ces 3 jeux étant basés sur les groupes alimentaires); puzzle de la journée alimentaire équilibrée; jeu du marché (la pyramide alimentaire).

Les jeux proposés s'inscrivent tout à fait dans le contexte du développement moteur et sensoriel de l'enfant. Ce matériel ludique s'intègre dans un projet plus vaste en éducation nutritionnelle puisqu'il permettra de sensibiliser les jeunes enfants aux principes d'une alimentation équilibrée: composer des menus équilibrés, faire son marché...

L'enfant acquiert très tôt des habitudes alimentaires qui vont le marquer toute sa

vie. Il est donc prioritaire qu'il ait accès, dès son plus jeune âge, aux principes de base d'une alimentation correcte, pour qu'il puisse s'épanouir harmonieusement tant sur le plan physique que mental.

Cet outil favorise aussi l'expression et la créativité. Il peut être également le point de départ d'autres activités sur l'alimentation, à réaliser en classe avec l'enseignant ou avec l'animateur en extrascolaire.

Une découverte d'*Alimenta-jeux* sera très prochainement organisée dans les locaux du CLPS-Bw, animée par Madame **Angela Popolo**, diététicienne de l'asbl Enfance et diététique.

Anais Carton, CLPS Brabant wallon
Pour plus de renseignements: CLPS-Bw, Av. Einstein 2 bâtiment Archimède bloc D, 1300 Wavre. Tél.: 010-23 61 06 ou 02-355 30 83 (aussi fax) ■

La santé mentale en 2001

L'OMS à la recherche de solutions

L'exclusion n'a pas de sens. La discrimination est injuste, pour ne pas dire contraire à l'éthique. Un traitement est possible et doit être proposé.

Désireuse d'attirer l'attention sur l'exclusion et la discrimination qui entourent la santé mentale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) invite les gouvernements, les professionnels de la santé et des personnes de tous horizons à relever le défi que représentent les troubles mentaux et cérébraux.

"Non à l'exclusion - Oui aux soins", tel est le message de l'OMS qui résume une campagne d'une année, dont le point fort sera le *Rapport sur la santé dans le monde*, consacré à la santé mentale, dont la publication est prévue dans le courant de l'année.

On estime à 400 millions le nombre de personnes aujourd'hui atteintes de troubles mentaux ou psychosociaux souffrant de problèmes psychosociaux associés notamment à l'alcoolisme ou à la toxicomanie. Or seul un petit nombre des ces affections sont convenablement diagnostiquées et encore moins sont traitées. La plupart des personnes atteintes vivent dans la souffrance, souvent handicapées, et peuvent même mourir prématurément.

Sciemment ou pas, nous sommes tous responsables de cette situation aujourd'hui, a déclaré le **Dr Gro Harlem Brundtland**, Directeur général de l'OMS. Les gouvernements ont fait preuve de négligence en ne met-

tant pas à la disposition de leur population des moyens de traitement satisfaisants. On continue par ailleurs à exercer une discrimination à l'encontre des personnes atteintes de ces troubles, a-t-elle ajouté.

De l'avis des autorités de santé publique, la stigmatisation et la discrimination figurent parmi les principaux obstacles auxquels se heurtent aujourd'hui les malades mentaux. Rares sont les familles qui sont à l'abri des troubles mentaux; bien peu de gens, pourtant, échappent à la honte et à la crainte qui empêchent de solliciter des soins. Les violations flagrantes des droits de l'homme dans les hôpitaux psychiatriques, le manque de services communautaires de santé mentale, les systèmes d'assurance injustes et les pratiques d'emploi discriminatoires ne sont que quelques-unes des épreuves réservées aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le maintien de ces pratiques est autant le fait de personnes que d'établissements.

Selon l'OMS, dans un grand nombre de cas, les personnes atteintes de troubles mentaux et cérébraux tels que la dépression et l'épilepsie peuvent être soignées efficacement et fonctionner convenablement dans la société. Grâce aux importants progrès scientifiques qui ont été réalisés, les souffrances et les incapacités qui s'ensuivent peuvent être réduites. Des méthodes associant la famille et la communauté au rétablissement des personnes atteintes ont donné de bons résultats.

Par le slogan "Non à l'exclusion - Oui aux soins", la *Journée mondiale de la santé* du 7 avril 2001 contribuera à stimuler le débat

sur la manière d'améliorer la santé mentale dans le monde et de combler le fossé existant entre les solutions thérapeutiques et leur application.

La question sera également soumise aux 191 Etats Membres de l'OMS pendant l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2001. Quatre tables rondes ministérielles examineront la santé mentale sous l'angle de la pauvreté, de la discrimination, des problèmes spécifiques à chaque sexe et des droits de l'homme. Les lauréats du concours scolaire sur la santé mentale organisé par l'OMS dans le monde seront également invités à donner lecture de leur dissertation devant l'Assemblée.

Le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* traitera des sujets tels que la prévalence des troubles mentaux, l'organisation et le financement des programmes de santé mentale, le fossé qui existe entre les solutions thérapeutiques et leur application, les stratégies de prévention et les tendances futures.

Nous savons ce qui ne va pas et nous avons les solutions. C'est notre responsabilité d'insister pour les changements de politique et d'attitude. C'est notre but et nous l'atteindrons dans les années à venir, a déclaré le **Dr Benedetto Saraceno**, Directeur du programme OMS de Santé mentale.

D'après un communiqué de presse de l'OMS

Pour plus d'informations, Ms Reshma Prakash, Maladies non transmissibles et santé mentale, OMS, Genève. Tél.: (+41 22) 791 3443; télécopie: (+41 22) 791 4832; mél: prakashr@who.int. Internet: www.who.int/world-health-day ■

2e prix européen de promotion de la santé

Une brochure parue récemment reprend la quarantaine d'actions sélectionnées dans les 15 pays de l'Union européenne (sur 320 candidatures). Chaque programme fait l'objet d'une présentation en deux pages, en anglais et dans la langue du projet.

Pour la Belgique, trois programmes ont été retenus, un francophone et deux flamands (tous deux gantois!), l'un consacré à la pédiculose et l'autre à la prévention

du sida dans le milieu de la prostitution.

En parcourant ce document, on peut se faire une idée des thèmes et des approches qui sont dans l'air du temps, ce qui est toujours intéressant.

Un petit reproche: le titre n'est donné qu'en anglais, alors que la description dans l'autre langue est en page de droite, plus visible que celle de gauche, ce qui nécessite une petite gymnastique intellectuelle lorsqu'on comprend la langue...

Un index complète la brochure, et des informations complémentaires en français sont disponibles sur le site:

www.adesr.asso.fr/europage.htm.

2nd European Health Promotion Award, selected actions, ADES du Rhône, 71 Quai Jules Courmont, 69002 Lyon. Tél.: +33-4 72 41 66 01. Mél: info@adesr.asso.fr. ■

1 Le programme choisi en Communauté française a obtenu un des trois prix décernés l'an passé. Voir Les Mides à l'école cartonnent, Education Santé n° 151, p. 14

Des femmes et des hommes

Programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle destiné aux personnes déficientes mentales

Des femmes et des hommes constitue un programme éducatif de conception nouvelle. Destiné aux adolescent(e)s et adultes déficient(e)s mentaux (mentales), il vise à développer leurs capacités dans le domaine des émotions, des relations, du corps, de la sexualité. Pourquoi *Des femmes et des hommes*? Parce que adolescent(e)s et adultes déficient(e)s

mentaux (mentales) sont vu(e)s en tant qu'êtres humains, appelés comme tout un chacun à devenir des femmes, des hommes sujets de leur histoire. Des femmes et des hommes qui vivent des relations, qui s'expriment, qui échangent, qui créent des liens. Des femmes et des hommes portant les caractéristiques de leur sexe, pourvus d'une sexualité qui peut grandir et s'intégrer au développement de leur personnalité. Des femmes et des hommes qui ont le droit de savoir, le droit de s'interroger sur ce qu'ils sont, d'où ils viennent, où ils vont. Des femmes et des hommes dotés de caractéristiques spécifiques, porteurs de limites particulières: ils doivent utiliser au

mieux leurs capacités, on doit respecter leurs limites, leurs vulnérabilités.

Un outil adapté

Le programme *Des femmes et des hommes* vise à accompagner ces adolescent(e)s et adultes en devenir, à soutenir leur évolution, à les aider à s'assumer, à leur donner des moyens leur permettant de mieux vivre avec eux-mêmes, avec les autres, de mieux habiter leur corps, de mieux connaître et gérer leur sexualité.

Le programme *Des femmes et des hommes* est destiné de façon prioritaire aux personnes déficientes mentales, adolescentes

Une priorité de Handicap & Santé

Inséré dans le Département de psychologie de la Faculté de Médecine des F.U.N.D.P. à Namur, le centre Handicap et Santé poursuit depuis quelques années des actions dans le domaine de la promotion de la santé des personnes handicapées.

Reconnu dans un premier temps comme service aux éducateurs à la santé dans le domaine du handicap, le centre Handicap et Santé avait pour mission de répondre aux demandes touchant la santé des personnes handicapées.

Rapidement, la problématique de la vie affective et sexuelle des personnes déficientes mentales a émergé, et a orienté les travaux du centre dans cette voie particulière. La Communauté française a octroyé un soutien au centre Handicap et Santé pour lui permettre de développer un programme quinquennal intitulé "Vulnérabilité et santé - vie affective et sexuelle des personnes déficientes mentales".

Partant du constat selon lequel de nombreuses personnes déficientes mentales sont démunies et éprouvent des difficultés à vivre sereinement leur vie affective et leur sexualité, il nous a semblé pertinent d'orienter les actions de Handicap et Santé en ce sens.

Un double tabou

A l'origine des difficultés éprouvées par les personnes déficientes mentales figurent le manque d'informations dont elles peuvent disposer et le moindre développement de leurs compétences.

Par ailleurs, en abordant la question de la

sexualité des personnes déficientes mentales, nous nous trouvons confrontés à un double tabou. D'une part, nous nous heurtons au tabou de la déficience mentale qui suscite encore nombre de craintes, d'angoisses chez les personnes peu sensibilisées à ce sujet, et, d'autre part, nous butons sur la question, combien délicate, de la sexualité et de l'affectivité.

Dès lors, nous comprenons aisément les limites et les malaises que peuvent rencontrer les parents de personnes déficientes mentales ainsi que les professionnels confrontés quotidiennement aux demandes, aux questions posées par les personnes déficientes mentales. Parents et professionnels peuvent, en effet se trouver exposés à des situations extrêmement délicates, les laissant démunis et sans ressources.

Cette somme de difficultés (manque d'informations, de compétences, limites cognitives, difficultés pour les parents et les professionnels) entraîne de nombreux problèmes d'ordre relationnel et affectif, tels que des risques accrus d'abus sexuels, de contamination par les M.S.T., de grossesses non désirées, d'avortement, de stérilisations abusives.

Face à ce manque d'information et de formation des personnes déficientes mentales, il apparaît nécessaire, voire indispensable d'agir en partenariat avec les parents et les professionnels. Le centre Handicap et Santé tente de remédier à ce manque en développant les actions suivantes:

- affiner la compréhension des **besoins spécifiques** et des **demandes** des personnes déficientes mentales, des professionnels et des parents;
- développer les **collaborations** avec

les organismes existants, afin d'organiser, notamment, des **formations d'animateurs** capables de prendre le relais des formations de professionnels et des parents menées par Handicap et Santé;

- initier des **groupes de réflexion** sur des thèmes ou des publics spécifiques, en lien avec la vie affective et sexuelle des personnes déficientes mentales et en diffuser les résultats;

- collaborer à l'**élaboration et à l'évaluation d'un programme éducatif** destiné aux adolescents et adultes déficients mentaux;

- mener des **actions de formations spécifiques** auprès de parents et de professionnels afin de les aider à mieux comprendre les situations auxquelles ils sont confrontés et à y réagir de manière appropriée;

- poursuivre le développement et l'exploitation du **centre de documentation** et d'outils éducatifs.

Pour tout renseignement, l'équipe de Handicap et Santé est à votre disposition du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures, tél: 081-72 44 30 - fax: 081-72 44 31.

Handicap et Santé: Michel Mercier, directeur, Jacqueline Delville, chef de projets, Marie Mattys, psychologue, Florence Menestret, psychologue, Carine Merlin, psychologue.

Bibliographie de base

DELVILLE, J. et MERCIER, M. (1997). Sexualité, vie affective et déficience mentale. Bruxelles, De Boeck Université.

DELVILLE, J. et MERCIER, M. (1998). La déficience mentale - Education affective et sexuelle - Prévention du SIDA. Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle.

ou adultes. Il est davantage adapté aux personnes ayant accès au langage verbal, cependant, certaines approches conviennent également pour des personnes dont l'expression verbale est réduite, voire absente.

D'autres publics peuvent bénéficier avantageusement de ce programme: certains modules peuvent notamment être utilisés avec des enfants déficients mentaux. Il faut souligner que la structure du programme, les thèmes qui y sont abordés, sont adéquats pour tous les publics de jeunes, porteurs ou non d'une déficience. L'animateur peut s'inspirer de certains modules et les traiter d'une façon qui convient à son public particulier.

Qui peut animer un tel programme?

Seuls les professionnels formés à la relation d'aide ou à la relation éducative sont habilités à mener la démarche proposée. Des professionnels exerçant le métier de psychologue, d'éducateur(trice), d'assistant(e) social(e), d'animateur(trice), d'infirmier(ière), d'enseignant(e)... constituent des utilisateurs privilégiés. Le programme peut donc être proposé dans diverses structures d'accueil: centre scolaire, service d'accueil de jour, institution, centre de loisirs, etc.

Néanmoins, nous tenons à insister sur le fait que nul ne s'improvise animateur(trice) d'un programme d'éducation affective, relationnelle et sexuelle. Une formation de base dans l'approche de la vie affective et relationnelle, dans le vécu du corps et de la sexualité est nécessaire pour pouvoir mener à bien ce programme ainsi qu'une réflexion institutionnelle autour d'un partenariat incluant personnes déficientes mentales, professionnels, parents.

Les parents, formés dans ce sens, peuvent également utiliser certains éléments du

programme avec leur enfant devenu adolescent(e) ou adulte. Il faut cependant rappeler que, à un moment donné, il est important pour les parents de "passer la main" aux professionnels, notamment pour aborder la sphère de l'intimité et de la sexualité. Il est en effet nécessaire que s'établisse entre parent et enfant la barrière des générations, permettant au fils, à la fille de se construire en tant que sujet indépendant de ses parents.

Trois éléments

Le programme *Des femmes et des hommes* se présente sous la forme d'une mallette pédagogique, contenant trois volets:

- un manuel d'animation,
- un dossier d'images contenant des dessins et des photos,
- un vidéogramme *Des femmes et des hommes*.

Ces trois composantes sont indissociables.

Le **manuel d'animation** est la partie centrale du programme. Conçu comme un guide, il a pour but de susciter la réflexion de l'animateur qui veut mener une intervention en éducation affective, relationnelle et sexuelle et de l'accompagner tout au long de sa démarche.

Il présente d'abord les bases éthiques sur lesquelles repose le programme, développe une réflexion préliminaire à la mise en œuvre du programme sur le terrain, fournit ensuite une trame de 32 modules, regroupés selon 7 axes, permettant à l'animateur de mettre sur pied des animations, des exercices pratiques avec les participants.

L'animateur doit avoir pris connaissance de la partie I du manuel (*Avant d'entamer le programme "Des femmes et des hommes"*) avant de découvrir le programme en tant que tel.

Le programme *Des femmes et des hommes*, présenté dans la partie II du manuel (*Mettre en œuvre le programme "Des femmes et des hommes"*) s'articule autour de 7 axes, relatifs à un domaine spécifique, à savoir:

- Axe 1: ma place dans le groupe;
- Axe 2: ma vie affective;
- Axe 3: mon corps;
- Axe 4: mes relations;
- Axe 5: ma sexualité;
- Axe 6: ma santé sexuelle;
- Axe 7: la loi.

Un axe est subdivisé en plusieurs modules, afin d'approfondir de façon structurée des thématiques précises. Chaque axe débute par une présentation du thème général et des modules qui le composent. Trente-deux modules sont proposés. Chaque module est développé selon six approches:

Pourquoi aborder ce thème?

Cette rubrique propose une réflexion préalable à la mise en place des animations. Elle met en garde l'animateur par rapport aux difficultés qu'il est susceptible de rencontrer et pointe les éléments essentiels à aborder.

Objectifs

Une série d'objectifs principaux y sont proposés, relatifs à chaque thématique. Ils ne sont pas exhaustifs. Ces objectifs sont à envisager en fonction des possibilités des participants et doivent être adaptés en fonction des buts poursuivis par l'animateur.

Pistes de contenu

Le contenu central du module y est présenté.

Pistes d'animation

Les pistes d'animation sont développées sous forme d'exercices. Une liste de l'ensemble des exercices proposés est disponible en annexe. Nous insistons sur trois points majeurs:

Il s'agit de pistes d'animation, toutes ne doivent pas être suivies.

L'animateur en choisit l'une ou l'autre ou en développe d'autres selon son expérience.

Les animations doivent bien sûr être adaptées en fonction du handicap des participants, certaines convenant mieux à des personnes ayant un handicap léger, d'autres aux personnes ayant un handicap plus important.

Certains modules contiennent également des informations des-

tinées à l'animateur, au sujet d'un thème précis, à savoir: la puberté chez les filles, la puberté chez les garçons, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et le sida. Elles rassemblent des données utiles pour que l'animateur soit à l'aise dans l'approche de ces thèmes. Ces informations ne doivent pas être communiquées aux participants sous cette forme.

Supports matériels

Une liste du matériel nécessaire pour réaliser les animations y est dressée.

Outils complémentaires

La référence à d'autres outils, livres éducatifs, programmes pédagogiques, vidéos, etc. y est mentionnée, de façon non-exhaustive. Ce matériel peut être utile de façon complémentaire aux pistes d'animation. Il est en effet important de varier les supports pédagogiques afin de maintenir l'attention des participants. Les références complètes de ces ouvrages sont disponibles dans la bibliographie. Ces *outils complémentaires* sont proposés à titre indicatif. Cela ne signifie pas que l'on cautionne les outils dans leur intégralité, certaines parties sont très utiles, d'autres sont à apprécier avec plus de distance.

Le programme *Des femmes et des hommes* contient aussi un **Dossier d'images**. Il s'agit, d'une part, de dessins originaux, numérotés de 1 à 113, qui représentent des personnages d'âges différents, habillés et nus, de taille et de corpulence variées, dans des situations diverses. Ces dessins tentent d'être proches de la vie de chacun(e). Ils ne représentent pas des *top-models* mais plutôt *monsieur et madame tout-le-monde*. Il est donc plus aisé, nous semble-t-il, de s'y identifier. De nombreuses pistes d'animation font référence à ces illustrations. Nous recommandons à l'animateur d'utiliser ce matériel de manière personnelle et d'imaginer également des activités complémentaires à celles proposées pour exploiter au mieux les dessins.

Cinquante-quatre photos en noir et blanc figurent également dans le Dossier d'images. Ces photos sont issues du vidéogramme *Des femmes et des hommes*. Elles peuvent être utilisées lorsque l'on visionne une séquence du vidéogramme afin d'en rappeler les moments forts. Nous renvoyons le lecteur à la partie III du manuel (*Exploiter le vidéogramme "Des femmes et des hommes"*) pour des explications plus détaillées. Les photos peuvent aussi

constituer un support indépendant au vidéogramme, par exemple, pour illustrer le thème des émotions ou les étapes de la relation.

Un **vidéogramme**, composé de 11 séquences de quelques minutes chacune mettant en scène des adolescent(e)s et des jeunes adultes valides, fait également partie du programme.

En voici les intitulés:

- Séquence 1 - La robe de Nathalie
- Séquence 2 - La piscine
- Séquence 3 - La nuit d'Arthur
- Séquence 4 - Pas de panique
- Séquence 5 - La balade
- Séquence 6 - Les vacances
- Séquence 7 - La première fois
- Séquence 8 - Le confident
- Séquence 9 - Parlons-en!
- Séquence 10 - La dispute
- Séquence 11 - L'agression

Chaque séquence illustre un thème principal et aborde des thèmes secondaires. Il faut signaler que toutes les thématiques développées dans le programme ne font pas l'objet d'une séquence vidéo. Le vidéogramme met en scène, dans de courtes séquences, des adolescent(e)s et des jeunes adultes valides dans diverses situations relatives à la vie affective, aux relations, au corps et à la sexualité.

Des femmes et des hommes - fiche technique

Un manuel d'animation de 536 pages comportant 252 exercices pour aborder la vie affective, relationnelle et sexuelle avec des personnes déficientes mentales.

Un dossier d'images au format A4 avec 113 dessins en noir et blanc et 56 photos extraites du vidéogramme.

Un vidéogramme de 53 minutes contenant 11 séquences de fictions présentant des situations pouvant être vécues par des personnes déficientes mentales. Les trois éléments sont fournis dans une valisette.

Prix de vente: 6.000 F (148,74 €) + frais d'envoi.

Il ne vise pas un apprentissage; il cherche surtout à proposer aux participants des situations émotionnelles ou relationnelles.

L'objectif est de stimuler la réflexion et l'expression des émotions. Les situations proposées ne constituent pas des exemples à imiter ou à rejeter. Ce sont plutôt des "tranches de vie", se terminant sur un point d'interrogation et permettant à

chacun(e) de se situer: "Dans cette situation, je ferais..., j'éprouverais..."

Il ne s'agit en aucun cas d'un outil à visionner d'emblée en entier. Chaque séquence doit être vue séparément et être suivie d'une animation par un professionnel. C'est la raison pour laquelle un générique est présent au début et à la fin de chaque séquence.

Les pistes d'animation du programme proposent de visionner l'une ou l'autre séquence en adéquation avec le thème abordé. La manière d'exploiter les séquences est développée dans la partie III du manuel.

Jacqueline Delville, Michel Mercier, Carine Merlin

Pour tout renseignement concernant le programme "**Des femmes et des hommes**": Département de Psychologie, Centre Handicap et Santé, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur. Tél.: 081-72 44 30.

Mél: mme@psy.fundp.ac.be.

Ce programme a été mis au point avec le soutien de la Communauté française et de la Fondation Marguerite-Marie Delacroix. ■

