

Maltraitance des enfants, le retour du bon sens

La campagne *Yapaka - parents, enfants: prenons le temps de vivre ensemble*, a l'immense mérite de remettre les pendules à l'heure après les années de traumatisme que notre pays a connu. Cette démarche à la fois spectaculaire et citoyenne méritait qu'*Education Santé* s'y attarde, en donnant notamment la parole à Reine Vander Linden, une des chevilles ouvrières de ce projet.

Dans un tout autre registre, André Lufin nous fait part, dans le style qui le caractérise, de ses doutes à l'égard des certitudes à la fois ronronnantes et paradoxales d'une promotion de la santé parfois envahissante et inefficace. Une prise de distance salutaire et bourrée d'humour, qui ne devrait pas vous laisser indifférents.

Anne-Marie Pirard, qui était devenue collaboratrice permanente de la revue en début d'année, a dû faire un choix professionnel qui l'éloigne quelque peu d'*Education Santé*. Bienvenue à Sylvie Bourguignon, qui a pu la remplacer dans un délai très court.

Je vous souhaite d'ores et déjà d'excellentes vacances, que nous nous permettrons d'interrompre par un numéro d'été à paraître en août!

Christian De Bock, rédacteur en chef

SOMMAIRE

Initiatives

Yapaka 2
Une campagne de prévention de la maltraitance à l'égard des enfants

Maltraitance, l'affaire de tous, un entretien avec Reine Vander Linden 3

Corbeaux ou fourmis? par Vincent Magos 5
Le gène du cancer du sein: monopole abusif 6

Stratégie

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2001, par Christian De Bock, Roger Lonfils et Didier Lebaillly 7

Réflexions

L'école en santé, mythe ou reality (show)? par André Lufin 9
Non au financement de la lutte antitabac par l'industrie par Danielle Piette 12

Matériel

14

Vu pour vous

Le site d'*Education Santé*, l'interview du concepteur, Jacques Henkinbrant par Maryse Van Audenhaege 15

Brèves

18

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)

Journaliste • Sylvie Bourguignon (02-246 48 52).

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

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

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

Abonnements • Franca Tartamella (02-246 48 53)

Comité stratégique • Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Sylvie Bourguignon, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie Fiévet, Christian Grégoir, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, André Lufin, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorme, Christian Van Rompaey, Bernard Van Tichelen

Comité opérationnel • Sylvie Bourguignon, Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege

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

Maquette • Els Demeyer

Mise en page • Groupe Image

Impression • Hayez

Tirage • 2.600 exemplaires

Diffusion • 2.400 exemplaires

ISSN • 0776 - 2623

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires:

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 53. Fax: 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet: www.educationsante.be.

Courriel: education.sante@mc.be.

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

Revue membre de l'A.R.S.C.,

Association des revues scientifiques et culturelles: www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site

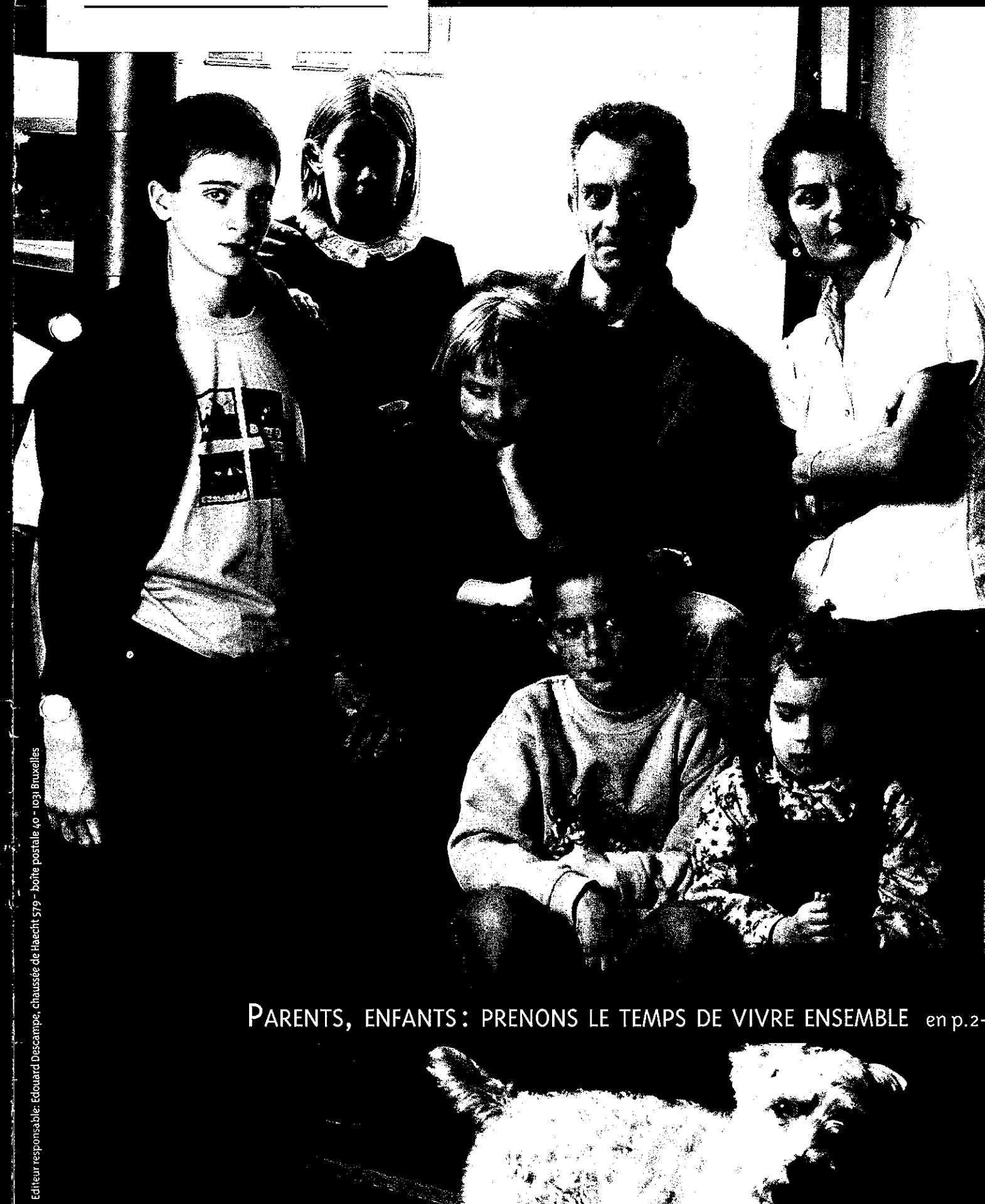
www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Education Santé

JUIN 2002 | 170

Un mensuel au service des intervenants francophones en promotion de la santé

Ne paraît pas en janvier et juillet - Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623



PARENTS, ENFANTS: PRENONS LE TEMPS DE VIVRE ENSEMBLE en p.2-5

Parents, enfants: prenons le temps de vivre ensemble

Relation parents-enfants • maltraitance • campagne

Pour la première fois, plusieurs administrations et associations de la Communauté française (ONE, Direction générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de l'Enseignement obligatoire, Equipes SOS Enfants, Ligue des familles...) ont collaboré à la mise au point d'un programme de prévention de la maltraitance. Cette campagne débutée le 15 avril dernier et humoristiquement intitulée "Yapaka", est une initiative de Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé.

Reposant sur un décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitements voté par le Parlement de la Communauté française le 16 mars 1998, la campagne Yapaka vise à soutenir le travail des intervenants de première ligne et à sensibiliser le public à une optique d'aide et de soutien aux familles en difficulté plutôt qu'à leur stigmatisation. Ici, la maltraitance est envisagée comme résultant de situations de souffrance plutôt que de malveillance ou de perversion.

Elle poursuit essentiellement deux objectifs:

- redonner confiance aux parents, les encourager dans leurs démarches éducatives, les inviter à s'appuyer sur leurs proches et leur rappeler qu'en cas de besoin, des professionnels sont là pour les aider;
- inviter les parents à prendre conscience du décalage qui peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants, entre leur rythme et celui des plus petits. Dans une famille, chacun a ses envies, ses besoins, son langage. Comprendre ces différences, prendre du recul, s'interroger sur ce qu'on est en train de vivre est une première étape pour éviter de sombrer dans les situations de maltraitance.

L'esprit

Les projets et les actions de communication sont centrés sur une sensibilisation à "bien traiter" les enfants, à construire des relations de confiance.

Le programme travaille avec toutes les personnes en contact avec les enfants: parents, adultes, acteurs de terrain, professionnels, tous secteurs confondus. Chacun à son niveau peut jouer un rôle dans ce domaine.

On y privilégie donc le décroisement, la plu-

ridisciplinarité et la transversalité de manière à valoriser les diverses compétences et collaborations.

La plupart des projets mis en place sont issus de propositions du terrain qui ont fait l'objet d'une réflexion approfondie.

L'interdisciplinarité implique également des collaborations avec les organismes dépendant d'autres entités fédérées (la justice au fédéral et la santé mentale au régional).

Avec son drôle de nom, Yapaka tente aussi de mettre du jeu et de la créativité entre les difficultés réelles et les réponses toutes faites (il n'y a qu'à, il suffit de...) ou déresponsabilisantes (que fait la justice, le corps médical, le gouvernement?).

Les outils

Le programme se décline en deux axes.

Le premier concerne les professionnels et les acteurs du terrain. Il est symbolisé par le concept du 'temps d'arrêt': s'arrêter un moment pour s'informer, se former, travailler en réseau... C'est dans cette optique qu'un guide à l'usage des intervenants a été réalisé et diffusé à 40.000 exemplaires dans toute la Communauté française, et qu'une formation rassemblant des professionnels de tous secteurs en contact avec les enfants est en cours. Divers outils seront également mis à leur disposition dans les mois à venir pour les aider concrètement dans leurs contacts avec les parents et les enfants.

Exemples de structures concernées: l'Enseignement, l'ONE, les Services d'Aide à la jeunesse (SAJ, SPJ, IPP), institutions résidentielles, services de placement familial, centres d'orientation éducative, services d'aide en milieu ouvert), l'Education permanente et la Jeunesse (organisations de jeunesse, centres de jeunes, plaines de jeux, unités scouts et guides, échevinats de la jeunesse des communes), la Culture (bibliothèques), le Sport (centres sportifs, bureaux provinciaux), la Santé (centres locaux de promotion de la santé).

Le deuxième axe concerne le grand public. La communication grand public vise à construire un climat favorable à une prévention basée sur l'aide plutôt que sur la répression, à relier publics et professionnels, et à encourager d'y avoir recours. Le public concerné représente

l'ensemble des parents en mettant un accent particulier sur les familles en situation de fragilité affective, financière, sociale pouvant les amener à rencontrer plus de difficultés. Concrètement, la campagne médiatique prend quatre formes.

Les spots TV et radio

Huit saynètes mettent en scène la vie quotidienne de manière à sensibiliser les parents à la coexistence des différences entre leur rythme de vie et celui de leurs enfants, dans le but de susciter un recul sur leur façon d'être. Le simple fait de ne pas prendre conscience de l'existence de ces deux univers peut entraîner, dans certains cas, des situations de maltraitance. Aménager un temps d'écoute est une manière de mieux se comprendre.

Le magazine Yapaka

Ce magazine de 16 pages complète la campagne audiovisuelle. Il apporte une information plus nuancée, destinée au grand public. Il s'intègre dans une démarche positive du développement de l'enfant, veille à faire confiance aux parents. Il est notamment diffusé par *Ciné Télé Revue* et par les services de proximité qui pourront l'utiliser comme outil de communication.

Les autocollants

Ils ont pour but de tisser un lien entre les spots TV et le magazine, et de stimuler l'interactivité. Neuf messages pense-bête invitent parents et enfants à prendre le temps de jouer, de s'arrêter, à veiller à ce que chacun ait son rythme, son espace. Les autocollants avec une bulle vide permettent aux familles de créer leur propre message. Les meilleurs seront édités dans la suite de la campagne. La diffusion est assurée par les intervenants en contact avec les parents et les enfants.

Le site internet: www.yapaka.be

L'intérêt du site est qu'il est facilement accessible à n'importe quel moment dans les foyers, là où la maltraitance se développe principalement. L'objectif est de favoriser les relations et la parole entre parents et enfants au sein de la famille. Le site privilégie l'impulsion vers la famille

Renseignement: Association chrétienne des invalides et handicapés (ACIH), chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 42 21. Fax: 02-246 49 88. Courriel: acih@skynet.be. Personnes de contact: Isabelle Hautefenne et Pascal Thiange.

Accès aux soins

Bruxelles

De juin à novembre 2002

L'ASBL Solidarités Nouvelles Bruxelles organise un cycle de rencontres sur le thème de l'accès aux soins en région bruxelloise:

- le 28 juin: les situations de ruptures du droit à la santé;
- le 19 septembre: le travail en réseau, espoir ou solution?
- le 17 octobre: les acteurs bruxellois en matière de santé;
- le 18 novembre: droit à la santé, au travail, au logement, quelles interactions?

Lieu: VZW Lisa, rue du Poinçon 19A, 1000 Bruxelles (salle du 1er étage).

Prix: 3 € par séance.

Renseignement: Solidarités Nouvelles Bruxelles, Carine Vandeveldde ou Serena Bergamini, rue de la Porte Rouge 4, 1000 Bruxelles. Tél.: 02-512 71 57 ou 02-512 02 90.

Tabagisme

Bruxelles
2002-2003

Formation continuée de tabacologie organisée par la FARES, en collaboration avec l'ULB, l'UCL, l'ULg, la Société scientifique de médecine générale et la Fédération belge contre le cancer.

Cet enseignement concerne le tabac et son usage. Il prépare à l'abord clinique du tabagisme et à la recherche dans le domaine du tabac, en particulier sur le phénomène de dépendance. Sont également étudiées les relations et les similitudes avec l'usage d'autres substances d'abus.

La formation comporte 7 séminaires d'une journée, soit 42 heures réparties sur l'exercice 2002-2003 (19 octobre 2002, 16 novembre 2002, 14 décembre 2002, 11 janvier 2003, 1er février 2003, 15 mars 2003, 26 avril 2003). Elle est sanctionnée par un examen écrit de type QCM et un travail de fin d'études.

Sont admis à s'inscrire: les médecins, dentistes, psychologues, pharmaciens, infirmier(e)s, tout autre professionnel de santé et les étudiants des disciplines correspondantes.

Lieu de la formation: Fédération belge contre le cancer, chaussée de Louvain 479, 1030 Bruxelles.

Droits d'inscription: 250 € (étudiants: 125 €). Une accréditation est sollicitée par 1/2 journée en éthique et en pneumologie.

Présence obligatoire au minimum à 4 jours de cours sur 6 et lors des ateliers.

Inscriptions du 1er septembre au 15 octobre 2002 par candidature écrite adressée à la FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Y joindre la copie du diplôme de la formation reçue et pour les étudiants l'attestation de fréquentation des cours.

Renseignements: Caroline Rassin, FARES, tél.: 02-512 23 9 36, fax: 02-512 32 73. Courriel: caroline.rassin@skynet.be

Assuétude

ELISAD - Association européenne de centres de documentation et d'information sur l'alcool et autres drogues - a initié en 2002 un projet co-financé par la Commission européenne, qui consiste en la création d'un portail internet sur l'alcool, le tabac et les autres drogues.

Le but du projet est de fournir aux professionnels dans ce domaine un outil leur permettant de trouver plus rapidement les sites offrant une information et des documents validés de qualité.

Ce type de portails thématiques existe déjà aux Etats-Unis, en Australie, comportant très peu d'information d'origine européenne... d'où la nécessité de concevoir un outil couvrant plus spécifiquement l'Europe.

Afin de créer un outil réellement utile aux professionnels, ELISAD organise une consultation des futurs usagers du portail.

Cette consultation comprendra trois étapes:

- la première est destinée à cerner les pratiques et les besoins des professionnels quant à la recherche d'information et de documents sur internet;
- la seconde, dans quelques mois, consistera, grâce à un accès privilégié, à tester le portail prototype;
- la troisième étape consistera à évaluer la fonctionnalité et le contenu final de la version définitive du portail.

Tous les professionnels (politiciens, praticiens, thérapeutes, acteurs de prévention, chercheurs, étudiants, etc., dans le domaine) peuvent dès à présent répondre à un questionnaire sur leurs pratiques et besoins professionnels.

Pour tout renseignement: Anne Singer, courriel: asinger@club-internet.fr ou sur le site <http://www.elisad.org>

Promotion de la santé à l'école

Sur proposition de Nicole Maréchal, Ministre de l'aide à la jeunesse et de la santé, le Gouvernement de la Communauté française a approuvé en première lecture l'arrêté relatif aux subventions octroyées aux services de promotion de la santé à l'école, en application du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école (pour le texte du décret, voir *Education Santé* n°167, pp.8-12)

Le décret relatif à la promotion de la santé à l'école réoriente les missions du secteur. Pour réussir cette réorientation des missions, le décret prévoit un système de subventionnement au forfait.

Ce système offre, principalement, deux avantages:

- une simplification administrative conséquente;
- une affectation équilibrée des moyens selon les besoins et le nombre de bénéficiaires.

Pour tous les enfants, la Ministre propose que le forfait soit de 16,75 €, auquel il faut ajouter un forfait transport de 1,40 € à 1,80 €, selon la zone, rurale ou plus urbaine.

Pour l'enseignement spécial, tenant compte de la recommandation de la Commission de promotion de la santé à l'école, un supplément de forfait de 2,25 € par élève est prévu.

Les équipes disposeront, en fonction des caractéristiques sociales de leurs élèves, d'un forfait social complémentaire pour les plus fragiles d'entre eux, ceux pour qui l'accès à la médecine s'arrête souvent à la médecine scolaire. Une somme de 5 € est prévue en complément pour eux.

Enfin, le principe de l'indexation des subventions octroyées a été acquis.

D'après un communiqué du Cabinet de la Ministre Nicole Maréchal. Pour tout renseignement: tél. 02-213 35 11

Emploi - demande

Graduée en diététique souhaite trouver un emploi dans le domaine de l'éducation nutritionnelle. Coordonnées: Anne-Françoise Marlier, rue Séraphin Antoine 95 A, 6032 Mont-sur-Marchienne. Tél.: 071-36 44 04 ou 0476 63 79 66.

La commune, un lieu de proximité pour l'action

Namur
15 juin 2002

Le Comité de pilotage du Réseau des mandataires communaux «Vers des politiques communales de santé» a le plaisir de vous convier aux Troisièmes rencontres du réseau.

La journée sera rehaussée de la présence de Nicole Maréchal, Ministre de la Santé et de l'Aide à la jeunesse en Communauté française.

A l'ordre du jour:

Les résultats inédits d'une enquête auprès d'échevins de la santé

- qui sont-ils, qui sont-elles?
- quelle vision ont-ils de la santé, du rôle d'un échevin en charge de la santé?
- comment perçoivent-ils le regard porté sur eux par leurs collègues du Collège échevinal?

Lancer des initiatives en faveur du bien-être dans sa commune. Oui, mais lesquelles?

- que font les autres communes?
- comment s'organisent-elles?
- faut-il créer de nouvelles infrastructures ou plutôt appuyer et dynamiser les acteurs en place dans la commune?
- et bien d'autres réflexions encore...

La Communauté française veut soutenir le démarrage de projets communaux en faveur du bien-être.

- quelles aides ou soutiens attendre?
- comment obtenir un financement?

Ces sujets vous intéressent? Venez nous rejoindre le samedi 15 juin à l'Arsenal à Namur.

Programme de la journée

9h00 Accueil des participants

9h30 Introduction

Présentation des activités du réseau «Vers des politiques communales de santé» et de son Comité de pilotage. Appel à de nouvelles inscriptions.

Présentation de l'outil «Journal de réseau», de son évolution, de ses perspectives (support de l'information entre les membres, recueil d'expériences locales, etc.).

9h45 Présentation de l'enquête réalisée auprès de 26 échevins

Sa mise en œuvre.

Les résultats, leur analyse.

Les grands thèmes qui en découlent.

10h15 Pause-café

10h45 Travail en atelier

Quatre ateliers seront proposés simultanément. Dans chacun, des acteurs locaux viendront parler de leurs expériences respectives sur le terrain et des projets qu'ils ont mis en œuvre. La mise en perspective d'expériences contradictoires pourra servir à lancer les débats.

Agir dans sa commune: pistes d'actions

L'étiquette «Santé» recouvre-t-elle valablement la spécificité du rôle de l'échevin? Des notions telles que «Qualité de la vie» ou «Bien-être» sont-elles plus adaptées pour traduire les réalités de l'enjeu local? Avoir d'autres compétences échevinales que la santé est-il utile? De quels moyens de mobilisation dispose un échevin de la santé vis-à-vis de ses collègues? Quelles alliances, quelles stratégies? Echevin et professionnel de la santé: un atout ou un handicap à l'échevinat de la Santé? Quelles sont les relations entre les mandataires politiques et le monde des professionnels de la santé? La notion de promotion de la santé est-elle bien perçue par les mandataires communaux? Comment s'informer (se former) en matière de santé?

Agir dans sa commune en soutenant ou en initiant des actions

Qu'entend-on par «actions de promotion de la santé» dans le cadre d'un échevinat de la santé? Où commence et où s'arrête le rôle de la commune en matière d'actions de santé? Quels sont les avantages et les inconvénients de soutenir des actions existantes ou de les initier? Quels moyens les communes ont-elles pour entreprendre des actions préventives (réorientation des services, formation du personnel, concertation, etc)?

Agir dans sa commune: coordonner les services existants ou créer ses propres services?

Pour être un levier efficace, une commune doit-elle disposer de ses propres services en faveur de la santé? La gestion de ses propres services entre-t-elle en contradiction avec la coordination des ressources du terrain, services existants ou structures associatives? Quels sont les avantages et les inconvénients des deux formules? Les communes riches sont-elles forcément plus favorisées?

En matière de structures de santé, existe-t-il des disparités importantes entre les différentes régions? Créer un service communal implique-t-il une concurrence déloyale envers les praticiens? Comment veiller à la cohérence des dispositifs communaux et des dispositifs mis en place à

d'autres niveaux (Province, Communauté française, groupements de professionnels de santé, etc)?

Agir dans sa commune: les interactions entre les acteurs

Quelles sont les interactions possibles au sein d'une politique communale de santé entre les mandataires politiques (communaux, mais aussi provinciaux, régionaux et communautaires), les professionnels (santé, social, culture, urbanisme, logement, etc) et les habitants? Les communes peuvent-elles devenir des lieux de rencontre et d'actions concertées entre ces divers acteurs: comment, dans quelles limites, avec quels résultats recherchés: implication des citoyens dans la vie communale? Résultats en termes de modifications des interactions? Résultats en termes d'amélioration de certains paramètres de bien-être et de santé?

12h45 Repas

13h30 Animation: «Echevin de la Santé, un rôle improvisé?»

14h00 Discussion en plénière

14h30 Discours de clôture de la Ministre Nicole Maréchal: premiers résultats de l'appel à projets lancé dans les communes de la Communauté française.

Pour tout renseignement: Denis Dargent, ASBL Santé, communauté, participation, Bd. Général Michel 1B, 6000 Charleroi. Tél.: 071/30 14 48. Courriel: denis.dargent@sacopar.be

Handicap

Namur
22 juin 2002

Fête de l'intégration - Faites de l'intégration. A l'occasion de ses quarante ans d'actions sociales et culturelles pour l'intégration des personnes invalides et handicapées, l'Association chrétienne des invalides et handicapés vous invite à plonger dans l'ambiance d'un village où vous découvrirez les multiples facettes de l'intégration (emploi, loisir, sport, artisanat, santé...) vécues par les personnes handicapées mais aussi par d'autres groupes en difficulté d'insertion sociale.

Le Palais des expositions de Namur sera organisé en 10 quartiers symbolisés autour de 10 places, regroupant des stands d'information, des animations (ludiques, artistiques, sportives...), des espaces conviviaux. Infor Santé vous y donne rendez-vous à la place Pasteur!

Cela se passera le samedi 22 juin 2002, de 10 à 18h. Prix d'entrée: 4 €.

plutôt que la relation à l'ordinateur.

On y retrouvera les articles du magazine *Yapaka*, des propositions d'activités à faire ensemble (lecture, jeux, bricolage, sport... notamment en lien avec d'autres départements de la Communauté française,

comme la lecture publique, l'ADEPS, etc.) et de nombreux liens vers d'autres sites de référence intéressants (www.one.be, www.liguedesfamilles.be...).

Adresse de contact: Coordination de l'Aide aux victimes de maltraitance, Ministère de

la Communauté française, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02-413 25 69. Fax: 02-413 23 18. Courriel: yapaka@yapaka.be.

d'après le dossier transmis par le Cabinet de Nicole Maréchal, Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé

Maltraitance, l'affaire de tous

Relation parents-enfants • maltraitance

C'est au titre d'experte indépendante que la psychologue **Reine Vander Linden** a intégré le comité de pilotage de la campagne de prévention de la maltraitance lancée en avril dernier. Elle a également collaboré à la conception du magazine "Yapaka" en association avec l'équipe rédactionnelle du "Journal de votre enfant".

Rencontre.

Education Santé: Comment avez-vous déterminé le contenu du magazine Yapaka?

Reine Vander Linden: Dans l'équipe du 'Journal de votre enfant', il y a d'autres cliniciens: pédo-psychiatre, pédiatre, des psychologues et une journaliste. Nous nous sommes demandé quelles étaient les difficultés actuelles des parents, les demandes adressées dans le cadre de consultations, les points de rupture qui amènent des parents à la maltraitance... Ce dernier point fait partie de mon expérience de clinicienne dans une équipe SOS et de mon expérience actuelle en prévention précoce périnatale en milieu hospitalier.

E.S.: A première vue, cette campagne de prévention ne parle pas directement de maltraitance...

RVL: Non et c'est tout l'esprit de la campagne. En Belgique, on a beaucoup médiatisé les histoires de maltraitance lourde. Il y a eu l'affaire Dutroux mais avant ça, il y a eu d'autres drames. La maltraitance est devenue une sorte de caricature de l'exploitation et de la torture de l'enfant alors qu'elle recouvre des réalités parfois beaucoup plus quotidiennes. Nous avons envie de ne plus réemployer ce mot pour ne pas donner l'impression que la maltraitance était l'affaire de quelques monstres et que les autres étaient sains et saufs par rapport à cela.

Par contre, nous avons estimé important de souligner que la plupart des parents ont des préoccupations personnelles liées à leur

rythme de vie, aux difficultés personnelles qu'ils peuvent vivre dans leur couple ou par rapport à leur insertion socio-professionnelle. Parfois, les enfants sont les oubliés de l'affaire. On les oblige à suivre nos rythmes, à se mettre dans nos logiques de pensée. L'idée est d'arrêter un peu le temps, de dire aux parents que les besoins et les rythmes des enfants ne correspondent pas nécessairement aux leurs et aussi comment on peut essayer de les comprendre en tentant de rentrer dans leur logique.

E.S.: En quoi ces différences de rythmes peuvent-elles provoquer des situations à risque?

RVL: Quand on est tendu, c'est souvent l'entourage immédiat qui en paie les conséquences. Les enfants sont plus vulnérables que les adultes qui peuvent lancer un coup de gueule ou prendre la porte. L'enfant, au contraire, a plutôt tendance à penser que si ses parents sont énervés, c'est parce qu'il est difficile et qu'il n'a pas de valeur. Il s'attribue des choses qui ne lui reviennent pas.

Prendre le temps de vivre ensemble, c'est aussi pouvoir se dire: 'J'ai vraiment été une mère embêtante ou un père agressif, ça ne te revient pas, c'est davantage lié à mon patron, à mes collègues ou à des soucis d'adultes.' Même très petit, l'enfant est capable de le comprendre. Ça lui permet de sortir de son rôle d'enfant 'mauvais' et ça permet aux parents d'oser exprimer qu'ils sont en difficulté, qu'ils vont parfois faire porter à l'enfant des choses qui ne lui reviennent pas. On le fait tous dans la vie de tous les jours à un moment ou à un autre. Pouvoir s'y pencher, y revenir, c'est une façon de générer plutôt de la bienveillance.

E.S.: Pour vous, qu'est-ce que la maltraitance?
RVL: J'ai travaillé pendant 13 ans dans une équipe SOS et j'ai souvent eu des discussions très animées avec d'autres collègues à ce sujet.

Je voudrais considérer la maltraitance dans sa définition la plus large. Certains disent qu'il y a maltraitance à partir du moment où il y a des coups ou des traces visibles. Personnellement, je constate que l'on peut rapidement être entraîné dans une dynamique de maltraitance ou d'abus de la place de l'enfant. Quand on utilise un enfant dans un conflit de couple, on le projette à une place d'adulte sans respecter sa position d'enfant qui a à garder l'esprit libre et disponible à l'apprentissage, à l'exploration du monde.

Autre situation: quand un enfant se fait systématiquement blâmer parce qu'il ne correspond pas à ce qu'on souhaiterait qu'il soit, ça le ravage dans sa perception d'un être qui a de la valeur. Je pense que la maltraitance commence dans ces petites choses qui paraissent anodines mais qui, à la longue, engendrent un réel travail de sape de la confiance de l'enfant.

E.S.: Est-ce un problème qui touche beaucoup de familles?

RVL: Je crois que tous les parents sont potentiellement maltraitants. Dans la société telle qu'elle est organisée, nous sommes coincés dans des paradoxes. Le premier est qu'on vit dans un temps minuscule où les charges sont lourdes sur le plan professionnel, familial et autre, et en même temps, on n'arrête pas de dire qu'il faut s'occuper des enfants.

Un autre, c'est de dire que l'enfant a beaucoup de valeur mais de ne pas organiser socialement les choses pour effectivement témoigner de cette valeur. Les préoccupations d'organisation de la société partent rarement de l'enfant. Les crèches, l'accueil extrascolaire n'est pas du tout pensé en fonction de lui mais bien en fonction du travail de l'adulte. A la fois, on érige l'enfant comme un 'enfant-roi' qui a droit au bien-être, au bonheur, au confort matériel, à des gâteries - puisqu'on offre de plus en plus de choses spé-

cifiques à l'enfant sur le marché - mais on ne donne pas la possibilité aux gens d'avoir du temps, des conditions rassurantes pour la garde des enfants.

Tous les parents, même ceux qui ont les meilleures intentions du monde, sont soumis à des stress qui risquent à un moment de générer des attitudes maltraitantes. Quand vous ne savez pas de quoi sera fait le lendemain financièrement, quand vous avez vous-même une fragilité parce que vous avez fait une dépression, parce que vous avez des relations familiales déplorable, qu'au lieu d'être soutenu par vos propres parents, vous n'êtes que blâmé, c'est difficile de fonctionner avec vos propres enfants autrement. Il y a mille et une raisons à un moment de pouvoir disjoncter.

E.S.: En même temps, vous ne voulez pas culpabiliser les parents...

RVL: Non. La culpabilité est aussi un vecteur de maltraitance. Lorsque vous êtes culpabilisé et que vous ne pouvez prendre de recul face à ce sentiment, vous palliez bêtement en gâtant votre enfant. Finalement, vous vous mettez dans un cercle vicieux: vous le gâtez, vous avez l'impression qu'il ne répond pas adéquatement à vos gâteries, vous râlez sur lui parce que vous pensez qu'il pourrait quand même faire un effort en réponse à ce que vous faites pour lui... C'est contre-productif. Je crois que les messages à donner aux parents sont des messages qui remettent en évidence leurs ressources, leurs compétences, qu'ils puissent utiliser cela comme levier pour faire du bien.

A la maternité, je vois beaucoup de familles. Quand on lance des messages positifs, les gens repartent avec une espèce de force supplémentaire qui leur donne envie de valoriser leurs bons côtés. Mais si vous les culpabilisez, si vous pointez le négatif, ils rentrent chez eux déprimés, découragés, avec l'idée qu'ils sont incapables et que de toute façon, il n'y a rien de bon qui sortira d'eux.

E.S.: Qu'est-ce que cette campagne apporte de neuf?

RVL: Ce qui me semble neuf, c'est qu'on a renversé la vapeur. Au lieu de continuer à taper sur le clou en disant que la maltraitance appartient à quelques personnes que le réseau surveille, nous disons qu'elle appartient à tout le monde. Les parents ont le droit d'être défaillants, personne n'est à l'abri de ça.

Le tout est de pouvoir s'arrêter, réfléchir à ce qu'on fait, éventuellement se faire aider. Il y a des gens qui réfléchissaient déjà comme ça depuis longtemps mais il y a eu toute cette vague de panique du côté des professionnels qui les incitait à dépister à tout prix les familles qui n'allaient pas bien.

L'effet que ça a eu, c'est que les familles qui ne se sentaient pas bien ont eu peur de se faire montrer du doigt et ont encore moins fait appel. Avoir une attitude inverse, essayer de retrouver les ressources des parents est plus productif.

E.S.: Sur le terrain, quels sont les problèmes que vous rencontrez?

RVL: Il reste des tas de terrains qui ne sont pas couverts comme celui entre l'intra- et l'extra-hospitalier qui font partie de champs politiques et de ministères différents: les hôpitaux, c'est la Santé fédérale, le monde extra-hospitalier et le réseau psychosocial, c'est la Communauté française. On a l'impression qu'il y a des jonctions qui ne peuvent pas se faire parce que les logiques d'action sont différentes. Travaillant aujourd'hui en maternité, je me rends compte de la difficulté qu'ont les professionnels à l'intérieur de l'hôpital de pouvoir se connecter avec ceux à l'extérieur.

E.S.: Pourquoi?

RVL: A l'intérieur de l'hôpital, nous sommes tenus à une rentabilité. Ceux de l'extérieur sont payés par des fonds publics. Ils peuvent prendre le temps de faire des réunions, de discuter entre eux, de réfléchir. J'ai longtemps fait partie du monde extra-hospitalier en râlant parce qu'on était prévenu la veille de la sortie d'un enfant qu'il fallait une prise en charge, et qu'on aurait aimé prendre le contact quelques temps avant avec les parents pour installer les liens. Maintenant, moi qui suis à l'intérieur de l'hôpital, je me rends compte qu'il n'y a pas beaucoup moyen de faire autrement.

Parfois, il y a des situations qu'on voudrait garder pour pouvoir peaufiner les contacts avec l'extérieur. On n'en a pas le temps parce que le service doit faire place à d'autres ou parce que l'hôpital ne veut pas agrandir son déficit financier en gardant des familles qui ne savent pas payer. Je trouve ça regrettable car c'est à partir de la maternité qu'une prévention précoce de meilleure qualité peut s'organiser.

Il y a d'autres aléas comme le manque de confiance entre les professionnels, qui peut être très défavorable aux familles. Lorsqu'on ne se fait pas confiance, on crée des dynamiques différentes et certains parents

décrochent alors que les choses avaient bien démarré avec un premier professionnel.

Troisième problème, c'est la confiance que les professionnels peuvent faire aux familles. Pendant des années, on a fait pression sur les professionnels en leur disant que s'il arrivait un malheur, ce serait leur responsabilité. Ils ont tellement eu peur de se retrouver devant les tribunaux qu'il y a eu une espèce d'esprit de protection qui faisait qu'au lieu de travailler pour les familles, on travaillait pour soi-même, en pensant à se protéger. C'est lamentable. Je crois qu'on ne peut faire changer des dynamiques relationnelles difficiles qu'en les négociant en partenariat avec les personnes concernées. Gandhi disait: 'Ce que je fais pour toi mais sans toi, je le fais contre toi.'

E.S.: La médiatisation de l'affaire Dutroux a-t-elle rendu votre travail plus difficile?

RVL: Oui mais il n'y avait pas vraiment moyen de faire autrement. Le problème, c'est qu'un amalgame a été fait entre une situation d'exploitation extra-familiale d'enfant et le concept de maltraitance intra-familiale qui prend évidemment des formes différentes. J'ai souvent rencontré des gens qui disaient: 'oui, j'ai fait du tort à mon enfant mais je ne suis pas Dutroux' comme si tout se réduisait à ces horreurs-là.

Je pense que cette affaire aurait pu être médiatisée de manière plus intelligente. Au lieu de mener une chasse aux sorcières pour dépister la maltraitance partout, il aurait été plus productif de dire qu'on était au sommet de l'horreur mais que ça nous permettait de réfléchir sur la façon dont on peut protéger nos enfants, sans toutefois mettre leur protection entre les mains exclusives d'autorités extérieures.

On voyait beaucoup cet autocollant: 'Protégez nos enfants', et non pas 'Protégeons!' Il y a eu une sorte de déresponsabilisation des parents qui consistait à lâcher les enfants sur la place publique en disant aux politiques que c'était à eux de faire quelque chose, alors que cette problématique appartient à chacun.

Tout le monde a à protéger ses enfants, à se battre pour qu'ils évoluent dans des conditions de respect. Quand un prof maltraite ou blâme trop un enfant, comme parent, on doit aller en parler, non pas pour démolir le prof mais pour trouver une solution au problème. C'est une responsabilité quotidienne qui appartient à chacun.

Propos recueillis par Sylvie Bourguignon

E.S.: Quelles connaissances faut-il pour se lancer dans la conception de site avec ce type de logiciel?

J.H.: Dans le document cité précédemment, vous avez pu noter que PHP est un langage «côté serveur»; cela signifie que contrairement au code HTML qui est traduit par votre navigateur (Netscape, Explorer ou autre), le code PHP et les requêtes MySQL sont traitées par le serveur qui héberge le site et envoie à votre navigateur sa «traduction» en HTML.

Pour travailler en PHP, il faut donc installer la trilogie sur la machine pour qu'elle fonctionne à la fois comme «serveur» et comme «client», de façon à pouvoir vérifier rapidement le résultat. C'est très facile grâce à un paquet gratuit facile à installer en une seule fois qui s'appelle Easyphp ('easyphp.org/').

D'autre part, le site doit être installé chez un hébergeur qui utilise un serveur Apache (il y en a beaucoup) et peut mettre à votre disposition des bases de données MySQL (c'est moins fréquent). Pour la revue, nous en avons trouvé un dans le nord de la France ('ovh.fr'), qui peut non seulement héberger votre site à des conditions démocratiques, mais aussi vous attribuer un nom de domaine '.be' également bon marché. Le tout a coûté moins de 85 euros. Et en 48 heures l'affaire était faite et le site opérationnel.

Quant à l'apprentissage de PHP, tous les sites spécialisés vous diront que c'est simple. Ne les croyez toutefois pas trop... Il est vrai qu'on trouve sur le web énormément de documentation, de multiples projets dont on peut récupérer et adapter les scripts, des

www.prospective-jeunesse.be

Toxicomanie

Cette asbl est active depuis 1978 dans la prévention des toxicomanies et des risques liés à la consommation des drogues.

Pour mener à bien ses actions de prévention avec les adultes, Prospective Jeunesse propose des modules de formation, des séances d'information, des accompagnements de projets, des accompagnements individuels ou familiaux; réalise des outils de prévention; organise des journées d'études, des colloques, des séminaires...

Un centre de documentation permet au grand public comme aux membres des

Education Santé - Microsoft Internet Explorer

167

Précédente Recherche Favoris Historique

Adresse http://www.educationsante.be/index.php?dem=167

MARS 2002 | 167 | suivant

Un manuel au service des intervenants francophones en promotion de la santé
consultation | recherche | la revue | le site | contact | liens

Initiatives Stratégiques Critique Locale Matériel Lu pour vous Communication	• Penser globalement, agir localement LAPONTAINE C.	2-3
	• Manger varié et limiter les graisses PIRARD A.M.	3
	• La Commission francophone de la promotion de la santé dans la pratique du sport MARECHAL N.	4-5
	• La médecine scolaire prend le tournant de la promotion de la santé. Décret relatif à la promotion de la santé à l'école	9-12
	• Concertation et coordination d'acteurs locaux à partir de pratiques de terrain DEJONCKHEERE R., NGUYEN T., et al.	6-7
	• Vieillesse... et almer	13
	• Comprendre le cancer du sein non méastatique	13

Internet

forums et des foires aux questions, mais la documentation officielle fait plus de 1000 pages. Il ne faut pas tout connaître avant de se lancer, mais la syntaxe doit être respectée rigoureusement: l'oubli d'une simple parenthèse interrompt l'exécution d'un script.

E.S.: Que retenir en définitive de toutes ces explications techniques?

J.H.: Les outils disponibles sur le net permettent de créer des sites d'information très performants (notamment au niveau de la recherche par mot-clé à l'intérieur des sites), et très simples à utiliser. Un autre grand

avantage de la formule choisie pour Education Santé, c'est l'autonomie quasi totale des gestionnaires du site en matière de maintenance et de mise à jour. Et je ne vous cache pas que le fait de ne pas dépendre des grands standards commerciaux n'est pas non plus pour me déplaire...

Propos recueillis par
Maryse Van Audenhage

équipes du secteur 'toxicomanie' de trouver les renseignements et informations utiles à leur réflexion.

Le site internet reprend de façon claire les axes de travail de l'asbl:

- présentation générale;
- modalités de formation;
- revue trimestrielle 'Les Cahiers de Prospective Jeunesse', dont le site propose un 'article du trimestre';
- le centre de documentation (il n'y a malheureusement pas d'accès en ligne aux fonds documentaire);

- informations de base sur les principales drogues.

Toute information complémentaire peut être obtenue à Prospective Jeunesse, rue Mercelise 27, 1050 Bruxelles. Tél.: 02-512 17 66. Fax: 02-513 24 02. Courriel: info@prospective-jeunesse.be.

- Au moment où nous avons visité le site, il s'agissait de 'Le G et le H', sur les différences de réaction de la communauté scolaire à l'égard de la 'consommation' de téléphones portables et de cannabis à l'école. Intéressant.

commerce en ligne qui propose un vaste catalogue en évolution permanente à des clients qui ont des besoins très spécifiques.

Il n'y a pas de miracle: pour s'y retrouver facilement dans un grand volume de documents, il faut un bon système de gestion de bases de données.

Une seconde contrainte est liée à la disponibilité des compétences techniques en informatique.

On sait que les informaticiens sont très demandés et que... ce qui est rare est cher.

Comme apprenti programmeur amateur, cela m'intéressait de consacrer bénévolement une certaine partie de mes loisirs hivernaux à un exercice pratique en vrai. Mais je ne peux ni ne veux être perpétuellement disponible pour faire les mises à jour mensuelles. Cet aspect des choses est souvent sous-estimé par les propriétaires des sites, qui ont les moyens de se lancer, mais pas toujours de renouveler leur offre d'information.

Il fallait donc trouver une méthode qui permette à l'équipe d'Education Santé d'assurer elle-même la mise à jour du site sans recours à un technicien. Autrement dit, il faut que le code informatique (le programme) soit séparé des données (le contenu de la revue), ce qui vient renforcer l'option pour une solution de type base de donnée.

E.S.: Quelles solutions avez-vous trouvées pour rencontrer ces contraintes?

J.H.: Dans mes premiers exercices pratiques sur la toile, j'ai créé un site familial présentant des recettes de cuisine. Rapidement, j'ai été confronté au problème des bases de données. Plusieurs portails proposent un hébergement gratuit avec bases de données ('multimania.lycos.fr', 'free.fr', 'levillage.org'...). On retrouve toujours le cocktail: Apache, PHP, MySQL.

Etait-ce juste bon pour des bricolages de sites amateurs? Tout internaute découvrira rapidement que ces outils sont suffisamment fiables et puissants pour un usage professionnel. Voici par exemple ce qu'en dit le site du département informatique de l'école d'ingénieurs de Rabat (je cite):

'Construisez un intranet ou un site web, dynamique, fiable et de qualité avec des outils puissants, portables et gratuits: Apache, PHP, MySQL.'

PHP (PreprocessorHyPertext) est l'une des technologies de script côté serveur les plus

utilisées pour construire un site web ou une application intranet ou internet. Très complète et simple d'utilisation, elle permet de développer des applications web professionnelles de haut niveau.

PHP est de plus un logiciel gratuit, libre d'accès et indépendant de l'environnement système (Windows, Unix, Linux,...). Il représente près de 50 % des sites web dynamiques dans le monde.

Une meilleure exploitation de PHP passe par l'utilisation d'une base de données. Pour cela l'outil qui accompagne PHP est MySQL.

MySQL est un système de gestion de base de données simple et puissant largement suffisant pour les données gérées sur le web. Ses fonctions d'administration et de manipulation sont très simples. Il possède en plus la qualité d'être aussi gratuit et fonctionne aussi bien dans un environnement Windows que Unix, Linux,...

Pour compléter les outils d'implantation des sites web, il est important de savoir manipuler un serveur web tel que Apache. En effet Apache est un serveur qui possède des fonctions puissantes et simples d'utilisation. Il est le logiciel de gestion de sites web le plus utilisé au monde (60%). Il est également gratuit et existe, comme PHP et MySQL, sur une multitude d'environnements systèmes.'

Il y a de nombreuses alternatives, bien sûr. La plus répandue est ASP de Microsoft. D'après divers comparatifs, trouvés sur internet, sur le plan technique, ils semblent offrir des performances comparables. Si ASP a l'avantage d'être plus directement compatible avec les bases de données Access, le triangle Apache - PHP - MySQL présente l'intérêt d'être gratuit et libre (Open Source).

E.S.: Ces logiciels libres sont-ils toujours gratuits?

J.H.: Beaucoup de logiciels libres sont gratuits, mais ce n'est pas obligatoire. Je suppose que les anglophones ont adopté l'expression «Open Source» plutôt que «free» justement parce que «free» signifie aussi bien «libre» que «gratuit». Le principe central de l'«Open Source» est que les utilisateurs peuvent avoir accès au code de base du logiciel et le modifier à leur guise en fonction de leurs besoins.

Prenons un exemple: quelle que soit votre compétence en informatique, si un bogue (une erreur de programmation) fait que votre Windows 2000 «se plante» quand vous essayez de démarrer un logiciel

quelconque, vous ne pouvez rien faire d'autre que le signaler à Monsieur Gates et prier pour qu'il fasse corriger l'erreur dans une prochaine mise à jour. Si la même chose se passe avec Linux, vous avez deux possibilités:

- Si vous êtes programmeur confirmé, vous pouvez modifier le code vous-même, puisque vous disposez du code source. Rien ne vous interdit cependant de monnayer votre travail et de vendre des copies de votre Linux amélioré, pourvu que vous communiquiez le code source qui pourra toujours être modifié.

- Si vous n'êtes pas un spécialiste de la programmation, il vous suffit d'exposer votre problème sur un des nombreux forums organisés par la grande communauté linuxienne. Il est très probable que quelques mordus s'attaqueront au problème et vous proposeront rapidement une solution.

Ce principe de l'Open Source a en effet encouragé le développement d'un immense réseau de spécialistes professionnels et amateurs qui mettent en commun leur produits sur de multiples forums généralistes ou spécialisés. Vous pouvez soumettre vos questions techniques. Les mêmes sites permettent souvent de télécharger des programmes. Certains organisent des projets communautaires auxquels participent des programmeurs bénévoles (un bon exemple est 'jesuislibre.org', dont le nom est très explicite).

Ajoutons que le mouvement Open Source n'est pas un rêve de quelques programmeurs utopistes. La société Sun Microsystems, par exemple, y participe activement¹.

Les services publics de grands pays comme la France et l'Allemagne privilégient les logiciels Open Source. Deux parlementaires ont récemment déposé au Parlement de la Communauté française une proposition de décret relatif à l'utilisation de logiciels libres dans les administrations de la Communauté française². Une initiative bienvenue!

¹ - Voici ce que j'ai trouvé dans le site de Sun France: La contribution de la communauté Open Source a élargi les horizons technologiques et commerciaux en permettant la création d'applications internet et en ouvrant un nouveau canal au client. Sun cherche à respecter cette tradition qui consiste à générer un excellent code et à créer de nouvelles perspectives commerciales en mettant les applications gratuitement à la disposition des personnes qui souhaitent les exécuter, les améliorer ou les enrichir. L'innovation partagée, opposée au développement dans l'isolement, représente la vision de Sun qui l'a poussé à franchir cette étape.
² - Proposition déposée par MM. Moock et Istasse le 15 mars 2002.

Corbeaux ou fourmis?

Maltraitance

Quelle prévention de la maltraitance voulons-nous?

Depuis l'affaire Dutroux, il n'est pas une semaine où la violence sur enfant ne défraye la chronique. On peut se demander si, paradoxalement, cette situation ne vient pas empêcher la prévention de la maltraitance plutôt que la favoriser. Mais alors, quelle politique mener?

Après la levée du silence sur le viol de femmes, nous avons assisté au dévoilement d'abus ou de sévices sur enfants. De tabou, ces faits ont pu, peu à peu, être reconnus et, partant, pris en compte dans des actions de prévention, de traitements appropriés... Puis surgit la figure de Dutroux et, d'assassin qu'il fut avant tout, il devint l'épouvantail d'une enfance innocente, la preuve par neuf qu'il ne faut jamais dire bonjour aux inconnus. Depuis lors, un incessant ballet de faits divers montés en épingle vient nous conforter dans un imaginaire où chacun peut clairement distinguer les bons des salauds. Et où le mal, comme il se doit, réside à l'extérieur.

Surtout distinguer les bons des méchants

De fait, l'auteur d'actes de maltraitance sera jugé malade pervers et donc radicalement différent de nous. En miroir, l'enfant est considéré comme «un être, pur, angélique (au sens théologique, c'est-à-dire qui n'a pas de sexe) et érigé en victime potentielle du diabolique pédophile».

Hélas, la pratique nous rappelle que la maltraitance est avant tout intrafamiliale et engendrée par des personnes en situation de détresse psychique et/ou sociale. Accepter ce fait revient à prendre en compte qu'il pourrait s'agir de chacun d'entre nous dont la vie pourrait soudain basculer ou pire qu'en nous résident des pulsions qui risquent de nous dépasser. Voilà qui est bien difficile...

Si ce clivage, en tant que mouvement dans le social, est depuis longtemps analysé par les professionnels³, des mises en cause nettement plus sévères se font entendre depuis peu: «Récupération politique, extrémismes militants et exploitations médiatiques» tels sont les ravages de la dictature de l'émotion exposés dans un livre récent³ où chacun, exemples à l'appui, en prend pour son grade. La presse «agite des idées et fait du tirage», certaines associations «se posent davantage en hérauts

inquisiteurs d'une nouvelle «bien-pensance» qu'en défenseurs d'un intérêt commun», quant aux politiques, «cherchant avant tout à se protéger du soupçon d'indifférence ou de passivité complice, ils (...) pratiquent la surenchère en matière de textes réglementaires.»

Sont ainsi clairement posées les responsabilités, et notamment celles de l'Etat. Garant de l'intérêt général, l'Etat oriente la vie en commun par ses législations, son soutien à l'un ou l'autre type de dispositif et la parole qu'il émet dans l'agora. Cette parole balise la démocratie (antiracisme), la protection de la santé (vaccination, prévention du sida,...), la solidarité, etc.

En fait, selon la manière dont seront envisagées les causes de la maltraitance deux voies s'ouvrent. Pour plus de clarté, nous les avons différenciées à l'extrême et quelque peu caricaturées.

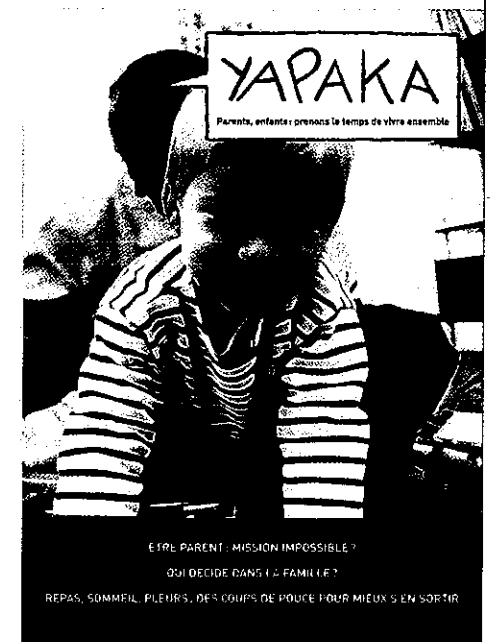
Le règne des corbeaux ou la politique du soupçon

Suivant en cela les mécanismes de défense qui mènent à rejeter le mal à l'extérieur, une première démarche considère l'auteur d'actes de maltraitance comme pervers (méchant ou malade), fondamentalement différent du «bon père de famille». Il doit être puni ou soigné; il est donc nécessaire de renforcer le dispositif législatif, judiciaire et répressif. Le témoin de la violence intervient en tant que délateur tandis que l'intervenant sera le monde judiciaire (ou médical, instrumentalisé).

Ce modèle développe des messages tels: *Vous êtes témoin d'une situation de maltraitance, ne restez pas en silence, prévenez la police. À la personne maltraitante on dit: Gare à la punition. Et au témoin: Dénoncez!*

Cette voie favorise la clandestinité de la personne maltraitante ainsi que son rejet par l'entourage, elle mène à la déresponsabilisation, chacun ouvrant son parapluie et renvoyant la patate chaude à l'étage supérieur qui ne pourra être qu'encombré.

Elle met le projecteur sur les affaires les plus dramatiques, au risque du sécuritaire. Et au risque aussi de voir sous-évaluée et donc non prise en compte toute maltraitance jugée moins grave et qui pourtant constitue la majorité des situations: «Je ne viole tout de même pas mon gosse, donc je ne suis pas concerné.»



A une époque où la parole est survalorisée dans un mythe des bienfaits de la catharsis, nous assistons à une importante confusion. Pour être opérante, la parole doit être plus que communication ou dénonciation. Elle se doit d'être énonciation, élaboration; cela nous amène à notre second modèle, qui plutôt que répressif ou curatif suggère la prévention.

La démarche citoyenne: l'humilité de la fourmi

Ce deuxième axe envisage qu'il n'y a pas de frontière claire entre normalité et anormalité et que la personne maltraitante pourrait être l'un d'entre nous. Il s'agit avant tout d'une personne en difficulté, en souffrance, qui a besoin d'être aidée. Au plan socio-économique, il s'agit de réduire la précarité et au plan relationnel de renforcer les mécanismes de solidarité, de reliance, les dispositifs d'aide.

Plutôt que d'intervenir en tant que délateur, le témoin de la violence prend place en tant que soutien à un autre humain en difficulté, dans un réseau social à tisser sans cesse. L'intervenant est d'abord l'entourage, ensuite et si nécessaire le professionnel de santé et enfin, seulement dans les cas extrêmes, le monde judiciaire.

¹ - Catherine Marnette, Le culte de l'enfant victime, Le Vif-l'Express, 08/02/2002.
² - Notamment Laurence Gavarini et Françoise Petitot, La fabrique de l'enfant maltraité, Erès, 1998.
³ - Paul Bensussan et Florence Rault, La dictature de l'émotion - la protection de l'enfance et ses dérives, Belfond, 2002.

Ce modèle développe un message tel: *Chacun d'entre nous peut aller mal au point d'être maltraitant. Dans ce cas, essayons de nous arrêter, de réfléchir, de trouver de l'aide.* À la personne maltraitante, il est dit: Vous n'êtes pas le seul dans cette situation; la demande d'aide est alors favorisée. Chez le témoin, on privilégie l'identification et donc l'appui. «Donnez un coup de main». Tournant résolument le dos à la politique du soupçon, cette démarche ne peut se fonder que sur la confiance dans les familles, leur entourage et les professionnels qu'ils rencontrent chaque jour...

Si ce modèle évoque surtout des situations quotidiennes, peut-être au risque d'une certaine banalisation, nous pensons cependant que la première option conduit à une impasse et va à l'encontre des valeurs démocratiques et donc de l'action et de la communication d'État. A l'inverse, la seconde démarche renforce la citoyenneté: chacun à son niveau a un rôle à jouer. La diminution des situations de maltraitance ne repose pas sur les seules institutions mais dans l'initiative de chacun – entourage et professionnels, initiatives qui viennent irriguer le Vivre ensemble. Car, «le monde commun n'est jamais un fait acquis,

garanti, même quand il est fixé dans le cadre d'un Etat: c'est en permanence que chacun est appelé à le faire être par son action, en rapport avec les autres. Sans cette action, cet acte, «le désert croît» (Nietzsche)⁴.

Vincent Magos, Cellule de coordination du Programme de prévention de la maltraitance et de l'aide aux enfants victimes de maltraitance.

⁴ - Françoise Collin, Pour un monde commun: pluralité et différences selon Hannah Arendt. Conférence à l'École belge de psychanalyse, le 17 juin 2001.

www.educationsante.be

Internet

Depuis quelques semaines, notre mensuel dispose d'un site internet. Il ne s'agit pas d'une simple 'carte de visite', mais d'une véritable base de données constituée par les articles publiés par "Education Santé". En outre, les outils de construction du site ont été volontairement puisés dans la masse des applications développées par des internautes désintéressés au profit de la communauté de la toile. Il nous a semblé intéressant de permettre au concepteur bénévole du site, Jacques Henkinbrant, de nous expliquer sa démarche.

Education Santé: Que trouve-t-on sur le site?

Jacques Henkinbrant: Je vais d'abord rappeler les objectifs que nous nous sommes donnés en créant ce site.

Pour les abonnés actuels, il s'agit de mettre à leur disposition une collection virtuelle des archives de la revue, pour retrouver facilement des articles plus ou moins anciens. Cela intéresse évidemment les nouveaux abonnés, mais aussi les anciens, car tout le monde ne conserve pas précieusement les anciens numéros. De plus, même en publiant chaque année un index des articles parus, la recherche n'est pas très facile.

Pour les autres, il s'agit non seulement de faire connaître la revue et d'augmenter éventuellement le nombre des abonnés (ce n'est pas un but en soi, car le budget est limité et l'abonnement gratuit), mais surtout de permettre une consultation à distance à coût réduit.

Le contenu principal est donc constitué du texte des articles parus. Dans un premier temps, on a commencé avec le numéro 160 (juin 2001) et – si tout s'est passé comme prévu – le texte que vous lisez actuellement dans ce numéro 170 de juin 2002 s'y trouvera avant les vacances.

Les sommaires des numéros 155 à 159 (de janvier à mai 2001) s'y trouvent également. Les textes correspondants seront ajoutés un peu plus tard.

ES: Il n'y a pas de page d'accueil, contrairement à l'habitude.

J.H.: En effet, nous invitons l'internaute à entrer directement dans le vif du sujet

sans passer par une page éventuellement jolie mais la plupart du temps pauvre en informations utiles. Le site s'ouvre donc automatiquement sur le sommaire du dernier numéro paru. Un simple clic de souris sur un titre permet d'accéder au texte de l'article. Un autre clic présente ce texte dans un format spécialement destiné à l'impression. Tout est donc fait pour que l'utilisateur puisse prendre connaissance des informations directement et confortablement (pas d'impression avec marges trop larges qui font perdre une partie du texte!).

Les liens *précédent* – *suivant* dans le menu du haut permettent de naviguer d'un numéro à l'autre.

Jusqu'ici, vous me direz que le site n'offre guère plus que la revue papier. L'apport majeur apparaît lorsque vous cliquez dans le menu sur *recherche*. Le formulaire vous permet en effet de faire une recherche sur 4 critères: numéro de la revue, rubrique, auteur et texte. Ces critères peuvent être utilisés séparément ou combinés. La rubrique texte permet d'introduire un ou deux mots ou groupes de mots, qui sont recherchés non seulement dans le titre et dans la liste des mots-clés, mais aussi dans le corps du texte. Le résultat présente la liste des articles trouvés (titre et auteur), un clic de souris permettant d'afficher instantanément le texte de l'article.

ES: Et les autres pages?

J.H.: Outre la consultation des sommaires et le module de recherche, le menu permet d'accéder à quatre autres pages:

- la revue: page présentant la revue *Education Santé*;
- le site: page de présentation du site;
- liens: liens vers d'autres sites, principalement en rapport avec la promotion de la santé;
- une page permettant au public de communiquer avec la rédaction (remarques, questions, suggestions) et de s'abonner soit à la revue sous sa forme papier, soit à une lettre d'information électronique avertissant lorsque des articles sont ajoutés sur le site.

Il y a encore une page réservée à la rédaction, protégée par mot de passe, qui donne accès

à une interface pour tenir à jour les sommaires, les articles et les diverses pages du site. Il y a enfin un manuel technique expliquant le fonctionnement de cette interface de gestion.

Le site actuel ne reprend que les articles de fond. Les 'brèves' (annonce d'activités, de publications, offres d'emploi) sont depuis deux ans déjà hébergées sur le site www.pipsa.org. Il n'y a pas de raison de mettre fin à cette collaboration. Les brèves pourraient d'ailleurs se trouver sur les deux sites.

Il serait aussi possible de rendre le site davantage interactif, par exemple en donnant aux lecteurs la possibilité d'introduire directement à la suite d'un article leurs questions, remarques, informations complémentaires. On y pense...

ES: Comment le site est-il construit?

J.H.: Le contenu est roi. C'est un grand principe de communication trop souvent oublié sur internet. Pourtant, toutes les analyses le confirment: les sites les plus visités sont ceux qui offrent un contenu utile et intéressant, répondant aux besoins du public.

Si la mise en forme doit être esthétiquement agréable et soignée, elle doit rester au service du contenu et contribuer à la lisibilité.

ES: En quoi www.educationsante.be se distingue-t-il de beaucoup d'autres sites?

J.H.: Pour vous faire comprendre les particularités du site, je vais préciser les contraintes de départ.

La première est le caractère **doublement dynamique** du site. Un premier élément dynamique réside dans son contenu en croissance perpétuelle, puisque, 10 fois par an, il faut y ajouter 10 à 20 articles supplémentaires.

Le second élément dynamique réside dans l'actualisation automatique (la page d'accueil doit proposer automatiquement le dernier sommaire) et dans le souci de permettre au visiteur de trouver rapidement ce qu'il cherche, sans devoir «feuilleter» les sommaires les uns après les autres, ce qui est vite fastidieux.

Même si on est dans le non-marchand, ce n'est pas très différent d'un site de

Le gène du cancer du sein: monopole abusif

Cancer • dépistage

Un laboratoire américain, *Myriad Genetics*, a déposé une demande de brevet sur des gènes de prédisposition au cancer du sein. Ce laboratoire exige le monopole des méthodes diagnostiques et des recherches basées sur ces gènes.

Le Gouvernement belge et les Centres de génétique humaine belges ont introduit une démarche d'opposition contre cette firme.

Non aux dérives marchandes en santé publique

Le cancer du sein reste une des causes majeures de mortalité féminine. A ce titre, il fait l'objet notamment en Belgique d'un important programme de prévention et de dépistage.

Sur l'ensemble des cancers du sein et de l'ovaire, on estime que 5 à 10% relèvent d'une **prédisposition familiale**. Pour la Belgique, cela représente environ 500 femmes par an. Pour ces femmes, ces tests de diagnostic sont essentiels d'un point de vue préventif.

Actuellement, la société américaine *Myriad Genetics* renouvelle ses démarches pour obtenir un brevet européen qui couvre toutes les méthodes diagnostiques ainsi que la recherche effectuée sur certains gènes de prédisposition aux cancers du sein et de l'ovaire. Le brevet accorderait à la société américaine le monopole de l'utilisation de ce type de tests génétiques.

Pour les patientes et pour la sécurité sociale, une telle mesure représente une augmentation énorme du coût.

Aujourd'hui, ces tests sont effectués par les Centres de génétique humaine. Le prix d'un test est de 292 €. La quote-part de la patiente est de 9 €; l'INAMI prend en charge le reste soit 283 € par test. Si le laboratoire américain devait obtenir le brevet exclusif, alors les tests belges devraient obligatoirement être faits aux Etats-Unis. Or, rien que le prix du test effectué par le laboratoire *Myriad Genetics* s'élève à près de 3000 €. Sans parler des frais de transport.

Patrimoine en péril

A côté du problème de surcoût, il est évident que l'attribution de tels brevets à des entreprises à vocation exclusivement commerciale représente un énorme danger pour l'avenir de la recherche scientifique et des politiques de santé publique.

Les nombreuses possibilités qu'offre – et qu'offrira encore plus demain – la recherche effectuée sur les gènes ne peuvent appartenir à un secteur de l'industrie marchande. Le **gène humain ne peut pas devenir une marchandise exploitable commercialement**.

A l'initiative des Mutualités socialistes, une série d'organisations se sont associées à la démarche d'opposition. Elles s'insurgent contre toute tentative de privatisation du gène humain, qui est et doit rester patrimoine de l'humanité, de la santé publique et de la recherche désintéressée. Elles ont communiqué leur point de vue à l'Office européen des brevets (OEB).

Les organisations et institutions désirant se joindre à cette action sont invitées à prendre contact avec l'Union nationale des mutualités

socialistes, Unité Consumérisme, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Courriel: dominique.plasman@mutsoc.be. Tél: 02 515 04 89.

Liste des signataires par ordre alphabétique (à la date du 04/04/2002)

- Alliance nationale des mutualités chrétiennes
- Association chrétienne des invalides et des handicapés (ACIH)
- Association socialiste de la personne handicapée (ASPH)
- Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC)
- Conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles
- Ecole de santé publique de l'ULB
- Espace Seniors
- Fédération Belge contre le Cancer
- Fédération des centrales de services à domicile (CSD)
- Fédération générale du travail de Belgique (FGTB)
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (FMMCSF)
- Femmes prévoyantes socialistes
- Ligue des familles
- Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
- Le Piment
- Union nationale des mutualités libérales
- Union nationale des mutualités libres
- Union nationale des mutualités neutres
- Union nationale des mutualités socialistes
- Vie féminine

Dépistage du cancer du sein

Cancer • femme • dépistage

Le programme de dépistage du cancer du sein vise les femmes âgées de 50 à 69 ans. Le programme démarre ces jours-ci en Communauté française Wallonie-Bruxelles, avec quelques mois de retard sur le calendrier initial. Il est vrai que l'agrément officiel des radiologues et des installations techniques, les accords de partenariats multiples à finaliser n'étaient pas une mince affaire.

Pour obtenir une adhésion importante des femmes au programme, le choix stratégique qui a été fait en matière de communication est de ne pas recourir à une campagne de publicité massive, mais de travailler plutôt à la conviction, dans une démarche plus proche de l'éducation permanente.

Dans cette perspective, notons les documents d'information réalisés récemment par les mutualités chrétiennes et socialistes.

Les premières ont publié, avec l'appui de la Fédération belge Contre le Cancer, une brochure de 12 pages assez exhaustive. Le document donne d'abord des explications générales justifiant la mise en place du programme (utilité et limites), avant de décrire la procédure par un jeu de questions et réponses.

Les secondes ont réalisé un dépliant moins détaillé mais précis quant aux bénéfices à attendre du mammoth et à son organisation pratique. Ce document sera envoyé systématiquement aux affiliées aux alentours de leur cinquantième anniversaire, ce qui peut être de nature à renforcer l'impact de la lettre d'invitation officielle qui émanera des Provinces.

Sur le même sujet du cancer du sein, l'approche des Mutualités libres est quelque peu différente, puisque sa récente brochure ne traite pas en priorité du dépistage mais fournit des conseils de surveillance (auto-examen, examen clinique, mammographie). Nous reviendrons prochainement de manière détaillée sur ce programme important de santé publique.

Le dépistage des cancers du sein, Mutualités chrétiennes, Infor Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Internet: www.mc.be Mammoth, nous participons, Mutualités socialistes, Service promotion santé, rue St-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Internet: www.mutsoc.be

Le cancer du sein, Mutualités libres, Service IES, rue St-Hubert 19, 1150 Bruxelles. Internet: www.mloz.be/fies

Acheter pour bébé un matériel sûr et adapté

Périnatalité • sécurité

Comment prévoir au mieux l'équipement nécessaire à la vie d'un bébé, vite devenu petit enfant? Quel matériel acheter pour assurer son confort et sa sécurité?

Ces questions, tous les jeunes parents se les posent, tiraillés entre leur désir de bien faire, la séduction de la mode et les contraintes financières. L'O.N.E. a réactualisé à leur intention la brochure «Pour préparer la venue de bébé. Comment choisir le matériel de puériculture».

L'objectif de ce petit guide très pratique et illustré de manière charmante est de garantir

la sécurité maximale de l'enfant. Il présente donc un schéma du matériel idéal et il met en évidence et commente les points auxquels il faut accorder une attention particulière.

Le matériel inadéquat en revanche est barré. Enfin, la brochure propose quelques conseils d'utilisation. Sont ainsi passés en revue couffin et landau, table à langer et chaise haute, relax, lit-cage, buggy, siège pour l'auto ou le vélo, porte-bébé ventral ou dorsal, tapis pour le bain...

Ce guide a été réalisé par le Service éducation à la santé de l'Office de la naissance et de l'enfance et son collège de pédiatres en

collaboration avec l'Institut belge pour la sécurité routière. Il ne conseille évidemment aucune marque, mais insiste sur les détails auxquels il faut apporter une vigilante attention. Le guide rappelle que la durée de vie moyenne du matériel de puériculture est limitée à l'utilisation pour deux enfants. On peut toutefois trouver un matériel d'occasion adéquat; dans ce cas, l'O.N.E. conseille de bien vérifier l'état de solidité et la conformité aux normes de sécurité en vigueur au moment de l'achat.

Cette brochure peut être commandée au Service éducation à la santé de l'O.N.E., 2, route de Gembloux, à 1450 Cortil-Noirmont.

Vieillir et garder son autonomie

Troisième âge

Participer à la vie en société, pouvoir continuer à comprendre le monde dans lequel nous vivons, à s'exprimer et à se faire entendre, à faire des choix de vie et à les confronter aux autres, tout cela implique de pouvoir se déplacer, se soigner, se loger, s'informer, se cultiver... dans les meilleures conditions. Les personnes âgées ne resteront citoyennes à part entière que s'il leur est possible de conserver un degré d'autonomie permettant de continuer à vivre dans la dignité, à exercer pleinement leurs droits en toute responsabilité et à offrir aux autres le meilleur d'elles-mêmes. Ce double constat a amené l'Union chrétienne des pensionnés (UCP) à mobiliser ses membres sur le thème

de l'autonomie de la personne âgée. Quatre brochures viendront en appui de la démarche d'éducation permanente qui sera conduite au cours des deux prochaines années; l'autonomie sera en effet abordée selon quatre angles d'approche: psychomédical (les facteurs de prévention et/ou de remédiation à la perte d'autonomie); sociologique (l'environnement en terme de services); philosophique (la question du sens); institutionnel (les normes légales et réglementaires ainsi que les ressources financières). La première brochure de cette série détaille d'abord le processus du vieillissement, système par système, en insistant sur la prévention lorsqu'elle est possible et sur les facteurs qui vont influencer la perte d'autonomie. Un deuxième chapitre s'attarde sur la notion

de fragilité, état de santé de la personne âgée en équilibre instable, aboutissement du vieillissement en l'absence de maladies graves, sur lequel la moindre perturbation ou agression peut entraîner une perte d'autonomie. Enfin, l'évaluation du degré de dépendance est passée à la loupe, avec la description de l'échelle de Katz utilisée par les professionnels.

"Vieillir et garder son autonomie. Approche psycho-médicale" est disponible pour la Belgique au prix de 4 € (frais d'envoi compris) à verser au compte 799-5500203-14 de l'UCP, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 46 76. Courriel: ucpbe@skynet.be. Pour l'étranger, veuillez envoyer un chèque de 4 € au nom de Madame Arlette Crapez à la même adresse.

Les dépenses de santé de la Communauté française en 2001

Organisation de la promotion de la santé

Les grands postes du budget

Sur un budget global de plus de 5.5 milliards de francs (les montants, relatifs à l'an dernier, sont exprimés en "anciens francs"), près de 5 milliards vont à la politique de l'Enfance (en ce compris la dotation à l'ONE) et un peu moins de 600.000.000 de francs à la santé proprement dite. Ces chiffres sont malheureusement d'une grande stabilité.

On pouvait dire voici deux ou trois ans que pour 1 F que la Communauté consacre à la santé, le fédéral en dépense 1000. C'est toujours vrai aujourd'hui, le budget fédéral étant proche de 600 milliards. L'écart, déjà colossal, s'est donc encore fâcheusement creusé. On nous annonce un refinancement progressif dans les prochaines années: il sera vraiment le bienvenu!

Ce budget se décompose en deux grands secteurs, celui de la promotion de la santé et celui de la surveillance de la santé.

	Montants en francs
Promotion de la santé	
- Structures permanentes (CLPS et SCPS)	84.000.000
- Programmes en promotion de la santé	172.800.000
- Initiatives diverses	19.000.000
Surveillance de la santé	
- Programme de vaccination (actes de vaccination, achats de vaccins y compris celui contre la méningite C)	130.000.000
- Contrôle médico-sportif	3.500.000
- Tuberculose (FARES et dépistages)	52.300.000
- Maladies métaboliques	25.200.000
- Institut scientifique de santé publique - Louis Pasteur	37.400.000
- Dépistage du cancer	19.000.000
- Recherches/études en surveillance et promotion de la santé	20.000.000

Que font-ils de cet argent ?

30 programmes locaux ont été subventionnés, répartis sur les 10 centres locaux, avec toutefois une forte présence de Liège et Bruxelles, qui représentent à eux deux 14 dossiers sur 30.

1 - Y compris les trois CLPS qui n'étaient plus agréés, mais ont quand même bénéficié d'une subvention.

Promotion santé

Services communautaires et centres locaux		
Type	Montant en FB	Montant en €
Services communautaires	33.750.000	836.640,65
Centres locaux de promotion de la santé ¹ / Subvention de base	38.619.329	957.348,15
CLPS (contributions complémentaires)	17.585.152	435.924,53

Les programmes subventionnés

Programmes locaux			
Organisme (centre local concerné)	Projet	Montant en FB	Montant en €
Aide Info Sida (Bruxelles)	Aide aux malades	1.500.000	37.184,03
AIGS (Huy-Waremme)	Projet de promotion de la santé destiné aux élèves de 5e et 6e années primaires des écoles du canton de Waremme.	1.408.705	34.920,88
ALFA (Liège)	Soutien aux parents toxicomanes et éducation à la parentalité	2.236.000	55.428,99
AVAT (Verviers)	Projet de mise en place de relais de prévention dans 16 écoles (primaires et secondaires) de la périphérie verviétoise.	2.025.000	50.198,44
Canal J (Tourmai)	Prévention des usages de drogues dans les milieux de vie des jeunes	3.378.898	83.760,69
CSD Centre et Soignies (Mons-Soignies)	Mieux manger pour mieux vivre	1.200.000	29.747,22
Centre de prévention des violences conjugales et familiales (Bruxelles)	Projet Envol: prévention des violences conjugales et familiales	550.000	13.634,14
Centre de santé Saint-Hubert (Bruxelles)	Action en promotion de la santé	282.290	6.997,79
Centre de santé UCL (Bruxelles)	Promotion santé à l'école (quartier défavorisé)	2.000.000	49.578,70
Coordination liégeoise de la lutte contre le sida (Liège)	Programme annuel	2.500.000	61.973,38
Coordination sida-assuétudes (Namur)	Programme annuel	2.800.000	69.410,19
CPAS de Charleroi (Charleroi-Thuin)	Programme d'actions préventives des toxicomanies et autres conduites à risque	2.000.000	49.578,70
CPAS Soignies (Mons-Soignies)	Sensibilisation promotion santé	500.000	12.394,68
Espace Santé (Liège)	'Ça bouge ou ça rouille'	1.300.000	32.226,16
Fermette (La) (Verviers) (pas agréé à l'époque)	Lutte contre la surcharge pondérale	800.000	19.831,48
FPS Luxembourg (Luxembourg)	Prévention tabac 5e et 6e primaire	295.000	7.312,86
ICAR (Liège)	Médecine préventive et promotion de la santé	2.500.000	61.973,38
IMS Strépy-Bracquegnies (Mons-Soignies)	Réseau scolaire La Louvière	500.000	12.394,68
Maison médicale de Barvaux (Luxembourg)	Recherche-action participation des patients	1.506.800	37.352,60
Maison médicale de Forest (Bruxelles)	Forest Quartiers Santé	2.820.000	69.905,97
Maison médicale Ougrée (Liège)	Santé communautaire Seraing	2.750.000	68.170,72

Programmes locaux (suite)			
Organisme (centre local concerné)	Projet	Montant en FB	Montant en €
Le Méridien (Bruxelles)	Promotion de la santé mentale communautaire et qualité de vie des populations	1.250.000	30.986,69
MST Charleroi (Charleroi-Thuin)	Programme annuel	2.000.000	49.578,70
Nadja (Liège)	Prévention toxicomanies	2.000.000	49.578,70
Pissenlits (Les) (Bruxelles)	Promoteurs-informateurs en santé à Cureghem	2.734.641	67.789,98
Province du Brabant wallon	Inspection médicale scolaire	500.000	12.394,68
Répit (Le) (CELOPS Namur)	Prévention 5e et 6e primaire Couvin et Viroinval	272.820	6.763,03
Service Education pour la Santé de Huy (Huy-Waremme)	Prévention sida hépatite MST	1.498.766	37.153,44
Ville de Liège - Instruction publique IMS (Liège)	Projet Liège écoles en santé	2.800.000	69.410,19
Ville de Mouscron (Hainaut occidental)	Programme 2000-2001	700.000	17.352,55
Programmes communautaires			
Organisme	Projet	Montant en FB	Montant en €
ANMC	Revue mensuelle Education santé	5.000.000	123.946,76
Assemblée générale des étudiants de Louvain	'Autre pack en santé'	250.000	6.197,34
Centre d'éducation du patient	Prévention mort subite du nourrisson	4.335.000	107.461,84
Centre de santé pour sourds	Information santé adaptée	1.820.000	45.116,62
Centres de référence sida (3 universités)	Programme annuel	7.493.232	185.752,37
Coordination éducation santé	Midis à l'école	7.365.000	182.573,58
Croix-Rouge - Service éducation pour la santé	Programme quinquennal	4.000.000	99.157,41
Cultures Et Santé	Programme d'actions en promotion de la santé	5.000.000	123.946,76
Educa Santé	Programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité	7.000.000	173.525,47
Espace P	Promotion de la santé en milieu de prostitution	6.700.000	166.088,66
Eurotox	Recherche XTC et nouvelles drogues	363.840	9.019,36
Ex Aequo	Programme d'activités 2000-2001	7.200.672	178.500
Facultés universitaires St-Louis	Observatoire socio-épidémiologique sida et sexualités	6.000.000	148.736,11
FARES	Réduction risques tabagisme	3.500.000	86.762,73
Fédération laïque planning familial	Promotion globale et intégrée de la santé sexuelle en milieu scolaire	4.000.000	99.157,41
Fédération des Maisons Médicales	Implantation de l'assurance de qualité	3.740.000	92.712,18
Handicap et Santé	Vulnérabilités et santé	3.600.000	89.241,67
Infor-Drogues	Programme pluriannuel	4.240.510	105.119,50
Latitudes - Service social des étrangers	Programme d'activités prévention Sida/MST	7.500.000	185.920,14
Médiathèque	Activités de base	5.588.000	138.522,90
Modus Vivendi	Programme annuel	8.500.000	210.709,50
Modus Vivendi	Production et diffusion outils réduction des risques	3.400.000	84.283,80
Plate-forme prévention sida	Campagne journée mondiale 01/12/01	2.987.000	74.045,80
Plate-forme prévention sida	Programme annuel	3.382.114	83.840,42
Prospective Jeunesse	Programme annuel	4.500.000	111.552,09
Psymages	Banque de données de supports audio-visuels en santé mentale	300.000	7.436,81
Repères	Programme d'action et de recherche	3.500.000	86.762,73
Société scientifique de médecine générale	Dodécagroupes	1.000.000	24.789,35
Société scientifique de médecine générale	Recherche-action 'Alcool'	2.358.000	58.453,29
UNMS	Outilthèque-santé	4.000.000	99.157,41

32 programmes à visée 'géographique' plus large ont été subventionnés, dont 17 à caractère pluriannuel.

Nous n'avons pas de données précises quant au nombre de demandes qui n'aboutissent pas.

Les données partielles des tableaux ci-dessus ne permettent pas de se faire une idée précise des projets dans lesquels la Communauté française investit des montants parfois importants.

On nous dit souvent que tel programme développé ici ou là est particulièrement pertinent, ou novateur, ou efficient. On ne demande qu'à le croire, mais on aimerait en savoir un peu plus...

Nous réitérons donc notre invitation de l'an dernier aux promoteurs des projets cités dans cet article à partager leur expérience avec nos lecteurs.

Nos colonnes leur sont ouvertes!

Christian De Bock, avec l'aide de Roger Lonfils et Didier Lebailly, de l'Administration de la Santé de la Communauté française

Procédures d'examen

Les projets communautaires sont examinés par l'Administration et par une commission du Conseil supérieur de promotion de la santé, qui dispose d'un délai de 60 jours pour remettre son avis. Cette commission, présidée par Martine Bantuelle, Vice-présidente du Conseil, se réunit deux fois par mois, et traite une soixantaine de dossiers par an. Chaque programme est l'objet d'une évaluation préliminaire par deux membres de la commission, et d'un débat. L'avis est en général rendu à l'unanimité, et transmis uniquement à la Ministre. Le secrétariat de la Commission 'programmes' est assuré par Jacques Henkinbrant (02-413 35 48).

La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et du Conseil.

Il est probable que cette procédure soit modifiée cette année. Nous vous tiendrons au courant.

Les projets locaux sont examinés par l'Administration et par des commissions mises en place au sein des centres locaux de promotion de la santé concernés. La Ministre prend sa décision en s'appuyant sur les deux avis de son Administration et du centre local. Il est aussi probable que cette procédure soit revue cette année.

Si cette dernière veut vraiment soutenir la prévention et la recherche, qu'elle alimente le Fonds National de la Recherche Scientifique Médicale et les ministres qui ont la promotion de la santé dans leurs attributions. Qu'elle finance ces fonds et budgets ministériels sans droit de regards, sans qu'on puisse différencier cet argent des autres sources de financement. Ainsi, les institutions et équipes qui ont accumulé des compétences depuis de nombreuses années dans le domaine de la prévention auront peut-être de quoi répondre aux demandes de plus en plus nombreuses que leur apportent leur efficacité et leur crédibilité sur le terrain.

Si la Fondation Rodin a besoin de nous, comme l'explique la lettre de Luk Joossens (voir l'encadré), avons-nous besoin d'elle?

Danielle Piette, Ecole de santé publique ULB

Références

1. World Health Organization. Guidelines on working with the private sector to achieve health outcomes. 30 novembre 2000 (Executive Board 107th Session, EB107/20).
2. Health Education Authority. Guidance for industry: partnership with the private sector.

Lettre de Luk Joossens, porte-parole de la Coalition belge contre le tabac, en date du 4/4/2002 (lettre traduite de l'anglais avec les encouragements de l'auteur).

La Fondation Rodin et Philip Morris

Il semble y avoir une nouvelle tendance: demander des informations sur les activités de prévention du tabac et ne pas dire qu'on est financé par l'industrie du tabac. Il y a quatre jours, Simon Chapman et Andrew Hayes ont attiré notre attention sur le fait que la Fondation CASIN (Centre d'Etudes Appliquées en Négociations Internationales) demandait aux organisations impliquées dans la législation contre le tabac des informations quant à leur position par rapport à l'action de l'Organisation Mondiale de la Santé FCTC (Framework Convention on Tobacco Control), mais sans mentionner la relation entre la Fondation CASIN et l'industrie du tabac.

3. International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Guidelines for collaboration, partnership and sponsorship. Bye-Laws, annex D, 1999.
4. Communication personnelle de Cheryl Hamilton, Aotearoa, New-Zeeland.
5. Cohen JE Univeristies and tobacco money. Editorial. British Medical Journal 2001;323:1-2.
6. Charatan F. Harvard School of Public Health refuses tobacco funds. British Medical Journal 2002; 324:444 (round up).
7. King F; (for) and Yamey G Et Smith R (against). Why journals should not publish articles funded by the tobacco industry? British Medical Journal 2000; 321-1074-1076
8. Turner C Et Spilich GJ. Research into smoking or nicotine and human cognitive performance: does the source of funding make a difference? Addiction 1997;92(11):1423-1426.
9. Wise J. Links to tobacco industry influences review conclusions. British Medical Journal 1998;316:1553.
10. Dyer C. Tobacco company set up network of sympathetic scientists. British Medical Journal 1998;316:1553.

En Belgique, la Fondation Rodin fait la même chose. Dans une lettre envoyée à plusieurs organisations européennes, il est écrit: «nous sommes une très jeune organisation commençant nos activités. Nous sommes basés à Bruxelles et nous sommes financés par des fonds publics et privés.» En fait, la Fondation Rodin a conclu un contrat avec Philip Morris et va recevoir de cette firme 1,85 millions € chaque année pendant 5 ans. Ceci n'est pas mentionné dans la lettre.

Et comme par hasard, la Fondation Rodin est en faveur de l'approche de prévention la plus «douce» possible: «les réponses actuelles sont celles de la prohibition, de la stigmatisation des fumeurs et de ceux qui les entourent, des mesures législatives, des amendes, de l'exclusion sociale, etc. alors que des mesures d'assistance, de support, de reconnaissance de la responsabilité, de traitement et de réhabilitation, dans la mesure où elles existent, reçoivent beaucoup moins et de moins en moins d'attention et de ressources.»

11. MacDonald R. WHO says tobacco industry «used» institute to undermine its policies. British Medical Journal 2001;322:576.
12. Neuman M Et al. Tobacco industry strategies for influencing European Community tobacco advertising legislation. The Lancet 2002;359:1323-1330.
13. The Ontario Medical Association. More smoke and mirrors: tobacco industry-sponsored youth prevention programs in the context of comprehensive tobacco control programs in Canada. A position statement (26 pages) (site internet <http://www.oma.org>).
14. The Ontario Medical Association. Doctors demand termination of ineffective tobacco industry youth programs. (2 pages) (site internet <http://www.oma.org>).
15. De Bock C. Cigarettes: les jeunes peuvent dire oui. Education santé 1999;144:4.
16. Nemery B Et Piette D. Experts who evaluated studies seem not to have had relevant experience. BMJ; 1998;1august:348-349 (letter).
17. Chapman S. Relevant research track records of tobacco industry consultants Electronic letter (4 August 1998)

Mon Dieu, c'est fou comme cela ressemble à «l'approche responsable» de Philip Morris.

Et la lettre de poursuivre: «pour le moment, nous créons une banque de données de projets de prévention nationaux et internationaux concernant plus spécifiquement la prévention primaire et spécialement la prévention du tabagisme chez les jeunes. Le but de cette recherche scientifique est d'offrir un support scientifique à d'autres organisations et à des initiatives concertées qui rencontrent ces objectifs et favorisent une prise de conscience parmi les politiciens.»

La science doit être basée sur les données convenant à Philip Morris, et l'activité principale doit être bien sûr d'organiser des campagnes de prévention destinées aux jeunes et réputées inefficaces.

3 - Responsabilité individuelle, note la traductrice

- enfin, cette remédiation passera également par la capacité des éducateurs pour la santé à utiliser ces «portes d'entrée» thématiques pour mobiliser les acteurs de l'école, amorcer une approche plus proche des réels besoins des élèves et créer petit à petit une culture d'école soucieuse du bien-être de ceux qui la fréquentent.

Puisqu'il faut bien conclure

Si les appels téléphoniques des enseignants ne peuvent que nous interpeller, estimons-nous toutefois heureux de ne pas devoir faire face à ceux de leurs élèves. De sacrés empêcheurs de «santé» en rond, ces garnements. Quand ils ne nous montrent pas, l'œil ironique et le sourire condescendant, qu'ils en savent bien plus que nous en matière de drogues, c'est pour nous exprimer leur ennui voire leur saturation à l'égard de nos mises en garde (à propos du tabac, des frites, des «relations non protégées»,...) tellement

répétées qu'elles en deviennent parfois des mises en appétit. Sales gosses qui n'hésitent pas à se montrer, sans gêne, ni scrupules, aussi réactionnaires que répressifs. «Ceux qui crachent par terre? Faut les renvoyer.» «Les fumeurs? Des pauvres types sans volonté.» «Les sales, les malpropres? Pas question de jouer avec eux, ils sont bien trop dégueulasses.»

Bonjour le respect, la tolérance, l'estime de soi. Alors, prudence, ne leur demandons surtout pas trop souvent leur avis. Protégeons-nous de leurs réflexions assassines et de leurs outrancières certitudes. Pensez donc. C'est qu'ils pourraient remettre en question nos belles théories.

Tenez, comme cette réponse de Ben, 10 ans, à qui on demandait ce que représentait l'hygiène:

- Pour moi, l'hygiène, c'est bien tirer la chasse à chaque fois qu'on va au WC, bien essuyer le bord et ne pas faire ses besoins à côté.

- Mais enfin, Ben, ce n'est pas la bonne réponse, enfin pas celle que j'attendais. Regarde, tous tes camarades rigolent maintenant. Où vas-tu chercher des idées pareilles? Comment? Que j'aie constaté moi-même l'état des toilettes! Mais tu rêves? Ce n'est pas mon boulot. Et puis, ce n'est pas ce que j'entends vraiment par «analyse des besoins». Enfin, si tu insistes...

Désormais, rien n'échappera à Big (Ben) Watcher. Ni les parents qui n'embrassent pas leurs gosses le matin, ni les directeurs qui se cachent derrière le règlement, ni les profs qui ne tirent pas la chasse.

André Lufin

Adresse de l'auteur: Croix-Rouge de Belgique, Service Education Santé, Place Brugmann 29, 1050 Bruxelles. Courriel: andre.lufin@redcross-fr.be.

L'école en santé, mythe ou reality (show)?

Promotion de la santé • milieu scolaire

Rien n'échappe à Big Teacher! 79 caméras lui transmettent en permanence ce que font, disent, boivent, mangent et respirent les 987 élèves de l'Athénée Sainte-Geneviève. Tiens, là, justement, écran n°12, on distingue clairement la fumée d'une cigarette, WC pour hommes, porte 4. Un petit coup de zoom. C'est bien Mario qui transgresse la Saine Loi. Cela lui vaudra sans doute d'être renvoyé en fin de semaine. A moins que ce ne soit le tour de Kevin qui refuse systématiquement de porter un casque à l'atelier macramé. Ou de Johanna et son élevage de poux. Rien n'échappe à Big Teacher! Mais Big Teacher n'existe pas. Tout le monde le sait. C'est une légende, un mythe, juste pour faire peur aux enfants, les convaincre de boire du lait et de se brosser les dents après chaque cours de langue.

Et pourtant! Un tel espace où santé bien ordonnée rime avec école aseptisée frémit au cœur même de nos attitudes et de nos pratiques les plus généreuses. L'école en santé, et avec elle, la promotion de la santé (à moins que cela ne soit plutôt l'inverse), génère en effet, dans le quotidien de ses actions sur le terrain, un ensemble de paradoxes, de tensions, certains parleront de contradictions, qui, à terme, pourrait la transformer en une école «sursantée» ou au contraire complètement «désantée». «Sursantée» si, sous le couvert de critères idéaux¹, d'une Charte de bonne conduite ou d'un règlement labellisé, l'école en venait à décliner la santé comme on le fait de l'accord des participes passés. A moins que ces mêmes contresens n'éloignent au contraire les enseignants et leurs élèves de tout intérêt pour la qualité de la vie dans leur école.

Après dix années consacrées à la dissémination du concept «école en santé», nous avons voulu partager certains doutes, certains malaises, certaines interrogations. Non pour remettre en cause les valeurs et les méthodes que porte l'école en santé, ni pour persifler sur un secteur auquel nous sommes fiers et heureux d'appartenir, encore moins pour nous auto-flageller sur la place publique.

Notre dessein est bien entendu ailleurs. Il s'agit simplement d'attirer l'attention du lecteur sur certaines difficultés que nous avons rencontrées, parfois générées, au cours de nos activités. Si nous espérons améliorer ainsi notre propre bien-être en exorcisant par l'expression et l'écriture, nos angoisses sinon existentielles du moins professionnelles (merci à *Education Santé* de nous servir ainsi de divan), nous souhaitons surtout rompre avec une tendance relativement agaçante à nos yeux qui consiste à présenter nos projets, nos actions, nos programmes, comme d'éternelles et merveilleuses réussites qui ne connaissent ni l'échec, ni l'erreur. Certes, nous nous remettons en question dans le secret de nos alcôves, mais nous partageons rarement ce genre de réflexion avec un large public. Pourquoi ne pas transgresser ce plaisant, mais un tantinet hypocrite façadisme et encourager, le temps d'un article, la recherche de réponses communautaires à des questionnements dont nous sommes loin de détenir le monopole et qui dépassent largement le cadre de l'école en santé.

Universelle marginalité

A nous entendre, éducateurs ou promoteurs à, pour, et de la santé, jeunes ou anciens, locaux ou communautaires, nos idées, nos méthodes, nos théories, c'est du béton. Il n'y a rien de mieux. C'est attesté, certifié, labellisé. «Hors de l'*Health Promotion made in Charte d'Ottawa*, point de salut!» Les 12 Critères de l'école en santé? Incontournables! L'approche globalo-transversalo-participativo-positivo-spiralo-communautaire? C'est la seule, la vraie, la bonne. Et de regarder avec un sourire aussi condescendant qu'ironique, quoique toujours tolérant, les "autres" façons de faire (cognitive, hygiéniste, biomédicale,...). «Vraiment cher ami, comment est-il possible qu'à notre époque...?»

Mais alors dites-moi pourquoi ces mêmes promoteurs de santé doivent-ils sans cesse expliquer, convaincre, argumenter? Pourquoi sont-ils toujours pris pour des novateurs? Pourquoi leurs concepts sont-ils encore si marginaux, si peu connus, si éloignés des préoccupations des médias, de nombreux

décideurs et du grand public? Etrange.

Pour un modèle incontournable, qui a fait ses preuves, soutenu par le gratin de la santé, il semble bien timide, bien isolé, en quête constante de reconnaissance, de soutien, d'oxygène. L'École en santé n'y échappe pas, elle qui, quelle que soit la façon dont elle est présentée, apparaît toujours comme l'éternelle petite nouvelle de l'école, certes bien sympathique et dotée de merveilleux atours, mais que l'on risque toujours d'oublier au fond de la classe.

Que le lecteur ne se méprenne pas! Nous sommes parfaitement conscients (et nous nous en félicitons) de l'évolution positive des mentalités et des pratiques. Nous ne nions pas que des initiatives (décrets, programmes, actions communautaires,...) ont été prises, qui sortent la promotion de la santé de l'ombre et rendent l'école en santé «incontournable». Toutefois, malgré ces changements notoires, les concepts et fondements de la promotion de la santé et de l'école en santé, restent relativement discrets et ignorés tant par les médecins, les enseignants ou les parents que par l'homme, la femme ou l'adolescent de la rue. Nous n'en citerons que trois illustrations:

- la promotion de la santé est très souvent absente des émissions et débats consacrés par les médias à la santé, à la prévention, ou au bien-être, l'approche cognitive et biomédicale restant largement prépondérante;
- les demandes adressées par les enseignants, directeurs d'école, centres IMS / PMS,... ont peu évolué ces dernières années; elles portent toujours sur des thématiques, des savoirs scientifiques, des «recettes» à appliquer en classe, et ne traduisent en rien (ou si peu) l'évolution et les progrès évoqués plus haut;
- l'école en santé reste avant tout une préoccupation du secteur... santé, le monde de l'éducation, même si quelques ouvertures appréciables ont été réalisées, y reste relativement indifférent.

¹ - Pour (re)découvrir les Douze critères d'une école en santé, et, avec eux, le concept d'école en santé, se reporter à *Education Santé* n° 158, du mois d'avril 2001.

Pourquoi? Parce que Philip Morris...

Le financement de la prévention du tabagisme par l'industrie: ce n'est pas du tout sérieux

Pourquoi l'Organisation mondiale de la santé, le Comité anglais d'éducation pour la santé, maintenant l'Agence de développement de la santé, l'Union internationale pour la promotion et l'éducation pour la santé ou encore la Fédération des organisations de promotion de la santé de Nouvelle-Zélande ont-ils inscrit dans leurs statuts ou règlements d'ordre intérieur l'interdiction de recevoir un financement de l'industrie du tabac (1 à 4)?

Pourquoi le professeur Richard Smith, éditeur du *British Medical Journal*, a-t-il démissionné de son poste académique lorsque son université, l'Université de Nottingham, a accepté 3.8 millions £ de l'industrie du tabac (5)?

Pourquoi l'École de santé publique de Harvard a-t-elle décidé de ne jamais accepter de financement de l'industrie du tabac, ou de n'importe quelle entreprise liée d'une manière ou d'une autre au tabac (6)?

Pourquoi certaines revues débattent-elles sur l'acceptation ou non d'articles scientifiques relatant des recherches

financées par l'industrie du tabac (7)? Et pourquoi ceux qui sont en faveur d'une telle publication reconnaissent-ils qu'il est indispensable que cette relation entre recherche et industrie soit clairement connue des lecteurs?

Parce que des revues de la littérature ont montré que les recherches concernant le tabac ont plus de chance d'être favorables au tabac si elles sont financées par l'industrie des cigarettiers (8, 9).

Parce que ces derniers se construisent un réseau de chercheurs et d'institutions sensibles à leur cause (10) et leur proposent des stratégies susceptibles d'influencer les politiques en leur faveur ou de développer des campagnes de prévention inefficaces, voire contre-productives (11 à 15).

Parce que l'industrie peut, au travers d'institutions écrans entrer dans les écoles et avoir accès à des données qui lui sont généralement soigneusement cachées (information personnelle reçue d'un scientifique ayant travaillé pour Philip Morris).

Parce que l'industrie ne s'entoure pas toujours des meilleurs experts (9, 16, 17).

Parce que l'industrie détourne en sa faveur

les résultats d'études d'une manière perverse, qu'il s'agisse par exemple du tabagisme passif (9) ou des jeunes (expérience de l'étude de l'OMS «Santé des jeunes» à la fin des années 80: l'enquête montrant qu'il y avait plus de jeunes fumeurs en Finlande, pays ayant interdit la publicité contre le tabac, l'industrie en a déduit que la publicité peut être admise puisqu'elle est inutile... alors que la Finlande a été un des premiers pays à légiférer parce que les Finlandais étaient les plus nombreux à fumer et à mourir de maladie cardio-vasculaire....).

Alors pourquoi certains de nos ministres négocient-ils, contre les recommandations du Dr Gro Bruntland, directeur de l'OMS, le financement de campagnes par l'industrie du tabac et pensent même les cofinancer avec les deniers publics? Pourquoi certains de nos scientifiques acceptent-ils les offres de l'industrie du tabac?

Je dis non aux campagnes subtilement télécommandées par l'industrie du tabac. Je dis non à toute recherche apportant à l'industrie des informations qui lui seront utiles. Tout ce que j'ai lu et entendu me fait croire que jamais l'industrie du tabac n'est philanthrope.

Pourquoi les concepts de la promotion de la santé sont-ils encore si marginaux, si peu connus, si éloignés des préoccupations des médias, de nombreux décideurs et du grand public?

Ne voyons pas dans ces constats une source de découragement. Mais restons lucides et tirons-en au moins trois conclusions (provisoires et non exhaustives):

- même si nous sommes convaincus de l'intérêt et de la valeur de l'école en santé et avec elle de la promotion de la santé, admettons que nous restons une minorité à en être persuadés; peut-être éviterons-nous ainsi certaines attitudes condescendantes, hautaines, décalées par rapport à la réalité;
- un effort important doit encore être accompli pour diffuser la promotion de la santé auprès d'un large public; des stratégies spécifiques doivent sans doute être envisagées; une politique concertée entre tous les acteurs doit être mise en place;
- plus que jamais une démarche inspirée de celles des groupes de pression, doublée d'un plaidoyer de tous les instants, doit être menée auprès des décideurs.

L'école en santé, c'est comme du foie gras: délicieux, mais relativement coûteux et difficile à digérer

«C'est très intéressant ce que vous dites, mais concrètement, cela signifie quoi?»

Voilà sans doute la remarque la plus souvent entendue au terme d'exposés sur l'école en santé. Dans certains cas, cette douce affirmation peut facilement se transformer en quelque chose comme «Tout cela, c'est trop compliqué, trop lourd, trop psy; on n'y comprend rien; ce n'est pas pour nous.»

Vexant, ce genre de remarque, non? C'est vrai, nous faisons tout ce qu'il faut pour «partir d'où les gens sont», les écouter, les comprendre. Nous leur parlons «santé globale», «approche positive», «empowerment», «absence de jugement», «estime de soi»,... Bref, tout ce qu'il faut pour mettre quelqu'un à l'aise.

Et ils nous remballent comme si on offrait une tranche de gigot à un lapin qui a égaré son appareil dentaire. Vraiment curieux que la promotion de la santé qui désire tant se mettre à la hauteur des individus soit si souvent peu ou mal comprise. Il faut dire aussi que la concurrence est forte.

Les «classeurs» de bons et mauvais aliments, les «répresseurs» avec képis ou les «montreurs» de poumons encrassés, sont légion, qui, «passent» souvent mieux que nos démonstrations certes bien rigoureuses et scientifiques, mais parfois perçues comme un long fleuve trop tranquille.

Problème de communication? Difficultés de traduire des concepts complexes en termes simples? Souci d'en dire «le plus possible» au détriment du «mieux possible»? Nous en doutons. Les auditeurs sont-ils bornés, limités, pas assez malins pour comprendre nos discours? Nous en doutons bien entendu encore plus.

Sans doute le problème est-il ailleurs? Risquons une explication. Et si la santé n'était pas une préoccupation essentielle de nos concitoyens? Certes, ils aspirent à être en bonne santé, sont prêts à appliquer certains conseils et à consentir quelques sacrifices pour diminuer leur taux de cholestérol ou augmenter leur capacité respiratoire. Certes, ils sont conscients de leurs responsabilités en tant que parents, éducateurs ou de simples citoyens. D'accord pour parler santé donc, mais de façon simple, efficace et concrète. Entre le passage à Forest National de Jennifer et de ses clones, la probable victoire des Belges à la prochaine Coupe du monde de football² et le retard quotidien du direct Wavre-Ottignies de 08 h 17, il y a peu de place pour la santé. Même si *Star Academy*, les Diabes rouges et la SNCB sont des facteurs incroyablement déterminants de notre bien-être.

Une question de sciences et vie

Veillons donc à ce que notre discours scientifique, notre souci constant (certes bien légitime) d'argumenter, démontrer, justifier, chacun de nos propos, ne produisent des effets contre-productifs. Nous avons évoqué les risques d'incompréhension, les difficultés pour les auditeurs de s'approprier ces concepts. On le sait, la méthodologie de la promotion de la santé est aussi riche que complexe, et il est souvent plus aisé de l'expliquer que de l'appliquer. Alors que l'école en santé s'appuie sur le souci permanent de coller à

la réalité et au vécu des enseignants et de leurs élèves, le discours qui la porte (formations, outils pédagogiques,...), trahit parfois cette généreuse intention et génère des réactions de rejet («C'est trop compliqué pour nous»), de frustrations («Ce n'est pas cela que nous attendions») ou d'indifférence polie («Et à part cela, la Croix-Rouge a-t-elle encore des mannequins pour enseigner le secourisme?»).

Peut-être la marginalité de la promotion de la santé évoquée plus haut constitue-t-elle un effet de ce phénomène. A trop vouloir expliquer, on en vient à élargir la distance entre éducateurs et éduqués. Et puis, comme nous le disait une enseignante: «à force, ces explications, démonstrations, argumentations, cela devient suspect; on a l'impression que vous essayez sans cesse de vous justifier, de vous légitimer, voire même de vous excuser à l'avance.»

Un exemple de cette distance entre professionnels de la santé et les membres de la communauté scolaire: la gestion du temps. Echéancier, agenda, calendrier,... L'École en santé n'y a jamais échappé. C'est tellement rassurant. Et pourtant, on le sait parfaitement, le temps est une notion éminemment lunatique, personnelle et plurielle. Il y a le temps des élèves de plus en plus stressés (ah, ces biorhythmes que l'on ignore sans vergogne), celui des professeurs surchargés (mais qui se pavanent de vacances en congés, c'est bien connu!), le temps des parents trop peu impliqués, des infirmières scolaires à quart, mi ou plein temps, sans oublier le temps des élections, des subventions annuelles et des programmes quinquennaux. Vertige spatio-temporel qui ne nous empêche pourtant pas d'élaborer, sans le moindre scrupule, des calendriers morts-nés, que l'on sait inapplicables. Avec les effets négatifs que l'on imagine.

Allez-y, les gars, on vous couvre...

Planifier? Pas de problème. Analyser la situation? Quand vous voulez! Mener une enquête pour recueillir les opinions des uns, les besoins des autres? C'est comme si c'était fait (c'est d'ailleurs souvent déjà fait)! Mais affronter des élèves souvent sursaturés de messages de prévention, négocier avec une direction revêche, mettre sur pied une équipe de projet, affronter les résistances des uns, l'apathie des autres, hum, heu, ben, ce n'est pas notre boulot, pas notre fonction, pas

2 - Pour nos lecteurs français: rassurez-vous, c'est de l'auto-dérision!

notre mandat,... Très souvent, avouons-le, nous nous en allons au moment même où commencent les réelles difficultés, et nous laissons le soin aux acteurs de terrain (enseignants, IMS, PMS,...) de faire tourner les moulins pendant que nous nous réchauffons au coin du four de nos réunions en chambre, de nos commissions en tous genre et de nos groupes de travail. Certes, ces braves tirailleurs de l'école en santé le sont sur base volontaire. Certes, nous les aidons, formons, outillons de mieux que nous pouvons. Certes, nous restons à leur disposition pour toute l'aide qu'ils solliciteraient. Certes, il nous arrive parfois d'essuyer les plâtres d'une école en voie de démolition. Mais n'avons-nous pas tendance à parfois investir excessivement l'amont (analyse de la situation, définition des objectifs, planification,...) et l'aval (évaluation, communication) des projets pour une part relativement faible consacrée à l'action proprement dite, à l'immersion dans le vécu des gens, à la compréhension avec nos neurones, mais aussi nos cinq sens, de ce qui se passe sur le terrain?

Cela dit, tant qu'à évoquer le vécu des enseignants, n'hésitons pas à dévoiler également celui des éducateurs à la santé que nous sommes.

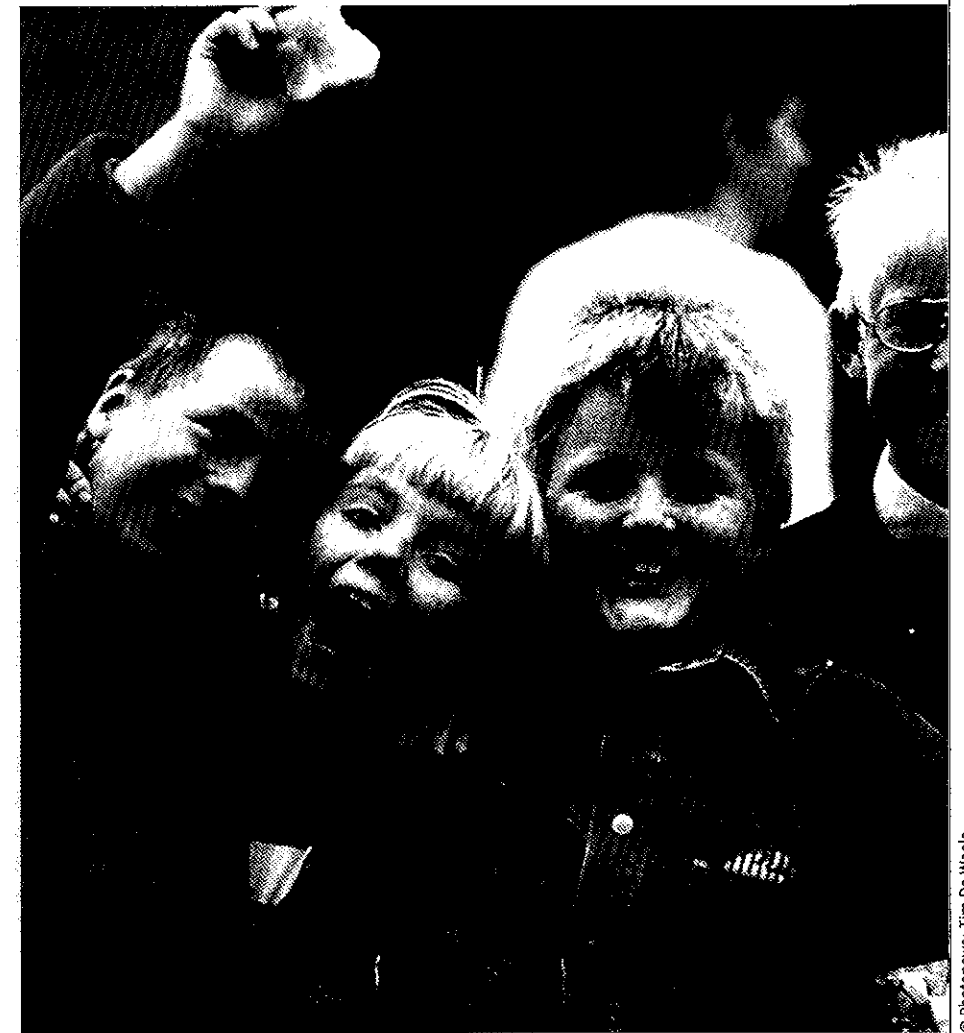
Aujourd'hui et dorénavant, on ne décroche plus le téléphone

«Allô, suis-je bien au Service Éducation pour la santé de la Croix-Rouge?»

- Oui, Madame, je vous écoute.

- Voilà, je suis institutrice et je voudrais parler du sommeil à mes élèves. C'est fou ce que les enfants sont fatigués aujourd'hui; ils baillent sans cesse à mes cours. C'est sûrement la faute de la TV. Et des parents qui sont trop permissifs. Donc, j'ai décidé de leur parler du sommeil. La Croix-Rouge avait édité une excellente petite brochure sur le sommeil. J'en ai conservé une. Pourriez-vous m'en envoyer une trentaine?»

Avant de faire part de la réponse que nous avons adressée à cette dame, qu'il nous soit permis de faire quelques commentaires. Destinée aux enseignants (et non aux enfants), cette brochure éditée en 1978 constitue l'exemple type de l'approche cognitive et bio-médicale de la santé. La Croix-Rouge ne réalise plus ce genre de brochures depuis plus de dix ans. Si on remplace le terme «sommeil» par «alimentation», «drogues», ou «sécurité», nous avons, avec ce type d'appel, l'exemple même de la demande la plus souvent adressée à notre service.



© Photonews: Tim De Waele

Mais que répondons-nous? Une minutieuse enquête menée au sein de notre équipe donne ceci. Si nous en avons le temps, la (bonne) volonté, la disponibilité, nous donnons une réponse en trois étapes:

1. «ce type de document n'existe plus; et voici pourquoi...»;
2. si la personne n'a pas raccroché, nous proposons une approche plus globale et des repères méthodologiques;
3. si la personne a survécu au point 2, nous lui proposons des outils, des adresses, des ressources. Sachant que nous recevons entre cinq et dix appels quotidiens, nous laissons au lecteur le soin d'imaginer ce que nous répondons quand les conditions évoquées ci-dessus ne sont pas rencontrées,...

Au-delà de l'anecdote, cet appel téléphonique nous amène à nous poser la question suivante: est-ce la demande qui doit précéder et définir l'offre? Dans ce cas, dès demain, nous entamons la réédition de ce type de brochure. Ou au contraire, faut-il que l'offre, à savoir nos activités de formation, nos outils

methodologiques,..., satisfasse de gré ou de force la demande et donc cette dame et ses nombreux collègues?

Comment remédier à cette situation apparemment cornélienne? Le processus de résolution est heureusement déjà en route. Sous trois formes:

- il s'agit de présenter la promotion de la santé, et avec elle, l'école en santé, non comme une rupture avec un passé qui doit être révolu, comme un nouveau (sous-entendu «meilleur») modèle à appliquer sans plus attendre, mais bien comme une nouvelle étape, cohérente et complémentaire avec celles qui l'ont précédée;
- l'approche thématique régulièrement décrite reste essentielle, ne fût-ce que dans les demandes exprimées par les acteurs de terrain; une part importante de notre travail consistera donc à (dé)montrer avec l'aide des enseignants et des partenaires IMS/PMS qu'une approche thématique est parfaitement conciliable avec une approche promotrice de santé;