



Usages de la peur en prévention

Ne paraît pas en août • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrément : P401139

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Crédit photo : Photonews.

« Diabolo-Manques », histoire d'une évaluation

Pour vous mettre l'eau à la bouche...

Cet article présente les grandes lignes d'une brochure, coéditée par l'APES-ULg et par la Maison du Social de la Province de Liège, et intitulée « Diabolo-Manques – Une exploration à la découverte de soi – L'évaluation d'un programme de prévention des assuétudes en Province de Liège ». Cette brochure d'une vingtaine de pages décrit de façon synthétique et intégrée les différentes phases d'évaluation de ce programme ainsi que leurs résultats.

Cette évaluation s'est déroulée entre fin 1999 et fin 2003. Depuis lors, le programme « Diabolo-Manques » a évolué. L'intérêt actuel de ce document réside donc surtout dans la découverte d'une démarche d'évaluation participative et négociée, telle que l'équipe de l'APES-ULg la propose. Vous y trouverez également des exemples concrets et utilisables d'outils d'évaluation.

De façon plus globale, cet exemple montre qu'il est possible de travailler sur l'évaluation d'un programme de prévention des assuétudes. L'évaluation dans ce domaine représente certes un défi. Les participants à l'atelier « Evaluation » du Premier Congrès International de la Francophonie en Prévention des Assuétudes (mai 2006) ont documenté les principales problématiques et les principaux enjeux liés à cette question (Absil G., Vandoorne C. et al, 2006). Un défi donc, mais un défi qui peut être relevé, pour autant qu'on y consacre les moyens et la rigueur nécessaires.

Par ailleurs, les auteurs de cette brochure espèrent que les résultats présentés enrichiront vos réflexions et vous encourageront à mettre en question diverses modalités d'intervention en matière de prévention des assuétudes...

Le texte intégral est disponible à l'APES-ULg et dans les CLPS / points d'appui assuétudes, dans le cadre de la collection « Stop, j'agis ». Il est aussi téléchargeable sur www.apes.be.

En voici donc un avant-goût...

En parallèle à cette brochure, l'article ci-dessous est constitué de trois parties principales :

- une introduction exposant à la fois les grandes lignes du programme « Diabolo-Manques » et les caractéristiques de l'évaluation proposée (évaluation négociée, organisée en trois phases cumulatives);
- une brève partie méthodologique fournissant des informations sur les questions d'évaluation étudiées ainsi que sur les outils de recueil de données;

- une présentation des principaux résultats, présentation structurée en fonction des questions d'évaluation retenues.

Présentation du programme « Diabolo-Manques »

En octobre 1999, était inaugurée à Liège une exposition itinérante, intégrée dans un programme de prévention des assuétudes destiné au milieu scolaire. « Diabolo-Manques » a depuis lors fait le tour de la Province de Liège, entraînant dans son sillage élèves (essentiellement du niveau secondaire inférieur mais aussi de 5^e et 6^e primaire), professeurs, éducateurs, intervenants de terrain en prévention... et évaluateurs.

La visite du bus « Diabolo-Manques », support attractif et hautement symbolique, s'intègre dans une multitude d'autres démarches :

- création (ou renforcement) d'un partenariat entre diverses associations de terrain spécialisées en prévention des assuétudes (dites « associations-partenaires ») afin d'initier la démarche dans les écoles (volontaires) de la région;
- formation des enseignants, par les associations-partenaires, dans les écoles participantes;
- visite de l'exposition par les élèves (visite proposée, dans certains cas, à l'ensemble de la communauté éducative, y compris les parents);
- exploitation de la visite par les enseignants formés, en étroite collaboration avec les associations-partenaires;
- forum rassemblant les acteurs ayant participé au projet, et dont l'objectif est de lancer une dynamique concrète et des projets dans l'école.

Une évaluation participative et négociée

Dès le départ, les promoteurs du programme ont souhaité consacrer un budget et de l'énergie à l'évaluation du programme. Ils se sont adressés à l'APES-ULg pour cette évaluation, qui a été voulue négociée et participative. Elle a été négociée sur le plan du choix des objets d'évaluation, de la construction des outils de recueil de données et de la diffusion des résultats. Chaque protocole d'évaluation a été négocié avec les promoteurs et les principaux acteurs impliqués dans la construction du programme « Diabolo-Manques ». Cette négociation a permis :

- d'assurer la pertinence et la faisabilité du travail de récolte et d'analyse des données;
- de favoriser l'utilisation des résultats;
- de favoriser l'acceptation de la présence sur le terrain d'un évaluateur externe;

- de stimuler l'implication des intervenants de terrain dans l'évaluation.

L'évaluation a été participative, car les intervenants de terrain encadrant le programme ont été activement impliqués dans le recueil et l'interprétation des données.

Au total, trois phases d'évaluation ont permis de poser sur le programme un regard nuancé et, surtout, ont fourni aux promoteurs et aux intervenants des pistes concrètes pour l'action.

Une évaluation itérative

La première phase de l'évaluation (2000) s'est déroulée pendant la première année d'implantation du programme; elle a essentiellement porté sur des éléments de processus et d'implantation. Après deux années de fonctionnement (2002), les promoteurs ont souhaité que soit réalisée une évaluation à moyen terme des résultats. On s'est surtout intéressé, lors de cette deuxième phase, au suivi à moyen terme (lancement d'actions, ouverture vers l'extérieur, modifications positives ressenties au sein de l'école...), à la qualité et la richesse du partenariat, à l'implication de l'équipe éducative, ainsi qu'à la formulation et l'atteinte d'objectifs.

En 2003, l'impact à court terme du programme auprès des élèves a été étudié. En concertation, cette troisième phase d'évaluation a porté sur l'impact immédiat de la visite du bus et des animations, soit sur trois catégories d'objectifs : des objectifs portant sur l'expression et le dialogue, sur l'implication et la participation, ainsi que sur l'élargissement des représentations.

Les huit questions d'évaluation retenues

Contraintes techniques et institutionnelles

Quelles ont été les difficultés organisationnelles et les contraintes techniques ? Dans quelle mesure ce programme est-il facile à mettre en place ?

Niveau de participation de la communauté éducative

Quelle était la motivation à participer ? Quelle a été la qualité / l'intensité de la participation et des partenariats ?

Travail des associations-partenaires

Quelles difficultés ont-elles rencontrées ? De quel soutien auraient-elles besoin pour appliquer le dispositif ? Quel intérêt ont-elles eu à participer au programme ?

Éléments moteurs sur lesquels construire les pistes d'avenir du programme

Les différents acteurs ont été interrogés sur leur

opinion quant à quelques pistes de développement du programme.

Impact à court terme du programme dans l'école
Dans quelle mesure le programme a-t-il permis une progression de l'école quant à la prévention des toxicomanies ou à d'autres objectifs du projet d'établissement ?

Impact à moyen terme du programme dans les écoles

Dans quelle mesure le passage du bus « Diabolo-Manques » a-t-il laissé des traces dans l'école durant l'année ou les deux années qui ont suivi celui-ci ?

Impact du programme au niveau des élèves

Les objectifs portant sur les élèves ont-ils été atteints ? Cette évaluation a porté sur certains objectifs seulement.

Visibilité du programme

Dans quelle mesure l'action a-t-elle été visible auprès du grand public ?

Les conclusions intégrées des trois phases d'évaluation

L'évaluation donne de « Diabolo-Manques » une image globalement positive...

Le programme est **mobilisateur**; il suscite la participation d'un grand nombre de personnes; il rencontre du succès auprès des élèves, qui pour la plupart estiment qu'il a permis l'instauration d'un dialogue et d'un climat de confiance. La majorité des écoles expriment leur satisfaction quant à l'outil « Bus » pour son effet dynamisant, l'ouverture qu'il apporte dans le dialogue, le repositionnement qu'il entraîne chez les enseignants et les éducateurs, la visibilité qu'il donne à l'intérêt d'un établissement pour la prévention des toxicomanies...

Le programme **stimule** le partenariat : en grande partie, il a atteint ses objectifs de renforcer le travail d'équipe, de créer des partenariats dans et à l'extérieur de l'école, de favoriser le dialogue et la communication...

Le programme a des **effets concrets** : son impact dans les écoles est réel. Les principaux effets mis en évidence sont les suivants :

- la naissance d'une réflexion approfondie et d'une approche critique sur ce sujet;
- la dédramatisation et l'élargissement des conceptions des adultes concernant la toxicomanie;
- la mise en place de collaborations internes à l'école;
- la création d'un groupe-relais au sein des écoles;
- l'ouverture d'un dialogue avec les élèves;
- la mise en place de projets de prévention concrets et l'implication des jeunes dans ceux-ci.

Le programme comporte une **formation pertinente** pour les associations de terrain : les résultats de la première phase de l'évaluation

avaient pointé toute une série de difficultés rapportées par certaines associations-partenaires. Les conclusions de l'évaluation suggéraient l'organisation d'une formation à l'encadrement du programme. Cette formation a très rapidement été mise en place et est proposée chaque année depuis lors.

Cette image positive est néanmoins assortie de quelques réserves et points faibles à améliorer si l'on veut qu'elle concerne une plus grande proportion d'écoles participantes...

Une **planification** mieux prévue : les différents partenaires doivent avoir la possibilité de s'engager dans le programme suffisamment tôt avant la venue du bus.

Une **convention** à conserver et à clarifier : la convention qui lie les écoles et la Province facilite la participation car les écoles, en s'inscrivant, s'engagent en connaissance de cause.

Certains éléments pourraient cependant être revus :

- adapter la convention selon que l'école accueille ou non le bus;
 - clarifier l'information à donner aux parents et l'implication souhaitée de ceux-ci;
 - insister sur certaines conditions favorables à une plus grande implication des enseignants.
- Une **continuité** dans l'encadrement : il est important que les personnes inscrites participent à toutes les séances de formation et encadrent les élèves lors du déroulement du programme. Inversement, les personnes encadrant les élèves doivent avoir suivi la formation depuis le début.

Tous reconnaissent la difficulté à **mobiliser de façon suivie** la communauté éducative sur le long terme. Divers éléments pourraient être mis en place pour contourner cette difficulté :

- ne pas planifier de visite du bus durant les derniers mois de l'année scolaire, car dans ces situations, il est difficile d'organiser un suivi;
- valoriser l'investissement des professeurs, qui très souvent sont en petit nombre et s'investissent sur la base du volontariat;
- favoriser la reconnaissance de l'action de certains professeurs par la direction et par le reste du corps enseignant; pour ce faire, il faut qu'une stratégie de communication soit établie au sein de l'école afin de renforcer la visibilité interne de l'action;
- augmenter les moyens matériels et humains : subsides particuliers, formations complémentaires du personnel enseignant, collaboration avec d'autres intervenants ou associations...

Finalement, l'évaluation laisse une question classique en suspens : quelle place pour une approche des produits ?

Un nombre non négligeable d'établissements (et d'élèves) regrettent le manque d'informations sur les produits et craignent un excès dans la dédramatisation du thème des toxicomanies. On constate ainsi que plusieurs établissements

ont organisé, en complément du programme « Diabolo-Manques », la visite d'autres expositions ou des informations par la gendarmerie, centrées sur les produits.

La participation au programme « Diabolo-Manques » n'a donc pas résolu entièrement la rupture classique entre les demandes explicites de la population (enseignants, élèves, parents) et le projet des professionnels de la prévention et de la promotion de la santé, qui situent clairement la prévention par rapport aux comportements et situations de consommation plus que par rapport aux produits.

Les professionnels de promotion de la santé évaluent l'impact de leurs interventions en prévention des assuétudes à l'aune des effets sur la santé globale de la personne. Selon le programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française, la prévention des assuétudes poursuit ainsi les objectifs suivants :

- développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle et promouvoir un équilibre de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation régulière de substances psycho-actives;
- aider les jeunes à se situer personnellement par rapport à la consommation de substances psycho-actives, en prenant en compte les projets de vie personnels des jeunes et leurs conditions de vie, mais aussi la réalité sociale.

Ainsi, la rencontre entre d'une part des demandes persistantes d'information sur les produits et d'autre part des pratiques professionnelles jugées efficaces en prévention des assuétudes, constitue un défi sans cesse renouvelé. Pour continuer à documenter celui-ci, nous vous donnons rendez-vous dans un prochain numéro pour l'évaluation d'un autre type de programme de prévention des assuétudes.

Sophie Grignard et Chantal Vandoorne,
APES-ULg

Adresse des auteures : APES-ULg, Sart Tilman,
Bât B23, 4000 Liège.

Bibliographie

- Grignard S., Vandoorne C. « Diabolo-Manques » : rapport d'évaluation de la première année. Liège : Université de Liège, juillet 2000.
- De Waele A., Grignard S., Vandoorne C. « Diabolo-Manques » : rapport d'évaluation de la troisième année. Liège : Université de Liège, novembre 2002.
- Garot J. « Diabolo-Manques » : évaluation auprès des élèves [mémoire de fin d'études]. Liège : Université de Liège, année scolaire 2002-2003.
- Grignard S., De Waele A., Garot J., Vandoorne C., en collaboration avec la Maison du Social de la Province de Liège et la Commission provinciale de Prévention des Assuétudes.

« Diabolo-Manques », une exploration à la découverte de soi : l'évaluation d'un programme de prévention des assuétudes en Province de Liège. Liège : APES-ULg [coll. Stop J'agis]. Mai 2006.

- Grignard S., Vandoorne C. L'évaluation d'un programme de prévention des assuétudes en milieu scolaire : un exemple d'évaluation par-

ticipative et négociée. Communication présentée au Colloque international de Promotion de la santé, Luxembourg, 2007.

- Absil G., Vandoorne C., Coupienne V., Leva C., Anceaux P., Bastin P., Anciaux G., Dungalhoef C., Humblet D. L'évaluation des projets de prévention des assuétudes. L'Observatoire. 2006. N° 51-52. pp. 139-145.

- Scruel, S. Contribution à l'évaluation d'un outil de prévention des assuétudes : le labyrinthe des toxicomanies. Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Licencié en Sciences de la santé publique, orientation Promotion de la santé, section Prévention et Education pour la santé. Année académique 2006-2007. Liège : Université de Liège, 2007, 36 p.

La Mutualité chrétienne du Hainaut oriental se bouge pour le sport!

La Mutualité chrétienne du Hainaut oriental ne ménage pas ses efforts pour promouvoir l'activité physique. Ses divers services et associations collaborent volontiers sur cette thématique : service de promotion de la santé, asbl sportives dédiées aux personnes actives et aux seniors. Il ne manque pas d'huile de bras pour faire bouger tous les publics! La mutualité possède même ses propres clubs! Découvrons ensemble la philosophie qui l'anime...

En cette période où le surpoids, l'obésité et la sédentarité font la une des magazines, la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental souhaite inverser la tendance. Sa devise en matière d'activité physique est « Bougeons-nous, ça fait un bien fou ». Elle a choisi résolument la voie du sport pour tous. On n'y parle ni d'élite ni de compétition, la première préoccupation est que tout un chacun trouve le sport qui lui convienne et y prenne avant tout du plaisir.

Pour y parvenir, la mutualité, avec ses asbl Promusport¹ et Sport Seniors², organise notamment des journées (voir encadré p. 6) lors desquelles le public peut s'initier gratuitement à des activités qu'il n'a pas l'occasion de découvrir autrement, par manque d'accessibilité ou de moyens financiers. Citons par exemple l'indiaka³ ou le nordic walking⁴.

Ces journées sportives proposent aussi des activités à la portée de tous. « N'importe qui, avec une bonne paire de baskets, peut venir s'initier



Photo © Carole Feutlien

à la marche » nous explique **Dominique Serbruyns**, responsable du service Infor Santé.

La mutualité joue aussi la carte de la proximité. Elle tente d'aller à la rencontre des gens grâce à la collaboration précieuse de ses circonscriptions, c'est-à-dire de comités locaux de bénévoles qui se réunissent pour organiser des événements avec le soutien du siège régional. Le service communication n'est pas en reste puisqu'il collabore activement aux projets en aidant ses collègues à attirer le public : annonces dans *En Marche*⁵, dans le journal gratuit *7Dimanche* et dans le toute-boîte local.

Cela permet de montrer aux personnes de la région que leur mutualité se bouge pour elles! A côté de cela, des dépliants sont distribués par les asbl partenaires de la Mutualité chrétienne

et dans quelques salles de sport. Bien entendu, ce type d'événement est aussi l'occasion de mettre en avant l'avantage sport de la mutualité et le concept Réflexe Santé (voir encadré page suivante).

Le service promotion de la santé de la mutualité ne s'arrête pas là. Des ateliers du dos se sont déroulés à Soignies⁶ durant l'année 2007-2008, une après-midi de promotion de l'activité physique⁷ pour les plus de 50 ans a été organisée avec Carolo-Prévention-Santé, les ateliers de sophrologie ont aussi beaucoup de succès... Des partenariats solides ont également été mis en place dans la région depuis de nombreuses années : La Louvière Ville santé, Educa-Santé, Carolo-Prévention-Santé et Infor Santé constituent des groupes de travail mixtes et ont l'habitude de mener une réflexion commune. Des ateliers *Equilibre* sont en préparation dans la région⁸.

Promusport, du sur mesure

Promusport, l'asbl sportive de la mutualité, prône aussi le sport pour tous. *Education Santé* a rencontré pour vous son responsable, **Etienne Mathues**. *Education Santé* : Pouvez-vous nous expliquer ce qu'est Promusport ?

Etienne Mathues : Promusport est une asbl de la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental qui soutient les initiatives et les projets bien-être par le sport et l'activité physique. Elle est née d'une initiative de la Mutualité chrétienne de La Louvière, avant la fusion⁹. Progressivement, les activités de Promusport se sont répandues au-delà de la région du Centre mais à cause de l'ancrage historique, la majorité des activités des clubs (voir plus loin) est toujours principalement située dans cette région.

1 Asbl sportive de la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental. Public cible : personnes actives. Voir www.jspromusport.be

2 Sports Seniors est l'asbl sportive de l'UCP, mouvement social des aînés de la Mutualité chrétienne. Pour en savoir plus : www.sportsseniors.be

3 L'indiaka est un sport mettant en jeu deux équipes évoluant sur un terrain séparé par un filet au-dessus duquel est envoyé un volant spécial, l'indiaka, joué de la main.

4 Le nordic walking est un sport de plein air qui consiste en une marche accélérée avec des bâtons de marche spécifiques.

5 Le journal de la mutualité, distribué dans toute la région.

6 Voir *Education Santé* n° 231, février 2008.

7 A venir prochainement dans *Education Santé*.

8 A découvrir dans quelques mois dans *Education Santé*.

9 En 1995, les Mutualités chrétiennes de Charleroi, Lobbes et La Louvière ont fusionné pour former la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental. Il y a une seconde Mutualité chrétienne (Tournai, Mons, Mouscron) dans la province.

Le concept Réflexe Santé de la Mutualité chrétienne

L'ensemble des mutualités régionales francophones et germanophone de la Mutualité chrétienne ont entamé un grand chantier : faire connaître toutes leurs initiatives en matière d'activité physique et d'alimentation saine et se profiler dans ce cadre, comme un organisme de référence. C'est ainsi que chaque initiative touchant à ces deux thématiques se voit attribuer depuis un peu plus d'un an le logo ¹ *Réflexe Santé*. Dans cette optique, la Mutualité chrétienne

1 Pour en savoir plus : www.reflexesante.be

du Hainaut Oriental, comme ses consœurs, propose un avantage sport ² visant le public des 0-30 ans. Mais ce n'est pas tout puisqu'elle organise aussi des journées spécialement dédiées aux familles ou aux seniors. Enfin, elle tient aussi particulièrement à s'attacher à la tranche d'âge 30-50 ans, difficile à atteindre.

2 Remboursement annuel de 35 euros pour les membres âgés de moins de 30 ans pratiquant une activité sportive régulière dans une infrastructure. Pour en savoir plus : www.mc.be

A l'époque de la création, l'idée était de cibler les personnes actives car les enfants avaient leurs clubs et les seniors disposaient de structures adaptées. Le défi était de faire bouger les gens pris dans la vie active. Comme il y avait alors un grand engouement pour les joggings, l'asbl s'est d'abord lancée dans l'organisation de challenges. On en est au quinzième aujourd'hui!

E.S.: Quel est le principe de ces challenges ?

E.M.: Nos challenges rassemblent des organisateurs de joggings qui partagent notre philosophie : favoriser la participation, pas la performance. L'année passée, nous avons battu un record avec 21 joggings organisés! Les distances, les parcours, les difficultés sont variables. Parfois, il y a deux boucles, une courte et une longue. Parfois, il n'y en a qu'une...

Nous encourageons les organisateurs à prévoir des circuits pour les enfants. De cette manière, les gens se déplacent en famille. Si les parents choisissent de venir courir, l'enfant, lui, peut faire, selon sa catégorie d'âge, des parcours entre 100 et 1500 mètres.

Vous l'aurez compris, les joggings sont ouverts à tout le monde. Même les aînés y participent! Nous tentons d'encourager la participation en promettant aux participants une récompense à l'issue des 21 joggings. Pour avoir une chance de la remporter et être reconnu comme « challengers », les coureurs doivent s'engager à participer à un minimum de 8 courses. Dès lors, ils gagnent le droit de participer à un tirage au sort qui a lieu au mois de mars, avant la relance du cycle suivant.

Les lots sont toujours en lien avec le sport bien entendu : un vélo, des séances de relaxation bien-être...

Pour favoriser encore davantage la participation, ces challenges sont entièrement gratuits, que les participants soient membres ou non de la Mutualité chrétienne.

En général on compte environ 50 challengers par course, mais depuis 2 ans on frôle la cen-



Photo © Carole Feutlien

taine d'inscriptions. Et lors de la course au terme de laquelle a lieu la remise des prix, ce sont pas moins de 250 joggeurs que nous attendons! Depuis peu nous essayons d'insuffler un courant solidaire dans les challenges, en collaborant avec Solidarité Mondiale. Nous essayons donc de sensibiliser au sport éthique. Par exemple, nous encourageons le public à s'interroger sur l'origine de ses chaussures de course.

E.S.: Quelles sont les autres activités de Promusport ?

E.M.: Promusport dispose d'une dizaine de clubs actifs tout au long de l'année, ce qui représente environ 500 à 600 personnes. Gymnastique, yoga, sophrologie... Le choix des activités pratiquées dans les clubs dépend surtout de la personne qui prend en charge l'organisation au niveau local. Nous privilégions la forme associative. Nous ne déléguons donc pas d'employés de Promusport pour gérer les activités, ce sont des personnes bénévoles de la localité qui s'en chargent. Comme le service est en partie financé par les cotisations de nos affiliés, nous appliquons

un tarif de participation différencié pour les membres de la mutualité chrétienne et les autres. Le troisième type d'activités que nous organisons, ce sont les stages sportifs pour les 3-13 ans. Jusqu'il y a peu, ils étaient organisés pendant les vacances de Pâques et d'été, aujourd'hui il y en a aussi pendant la semaine de Carnaval et bientôt à la Toussaint. Ils ont lieu partout sur le territoire de notre mutualité, dans des infrastructures sportives ou des écoles.

Nous travaillons souvent en partenariat avec l'asbl Jeunesse & Santé ¹⁰. Nous profitons de leur expérience avec le public jeune et en retour, ils bénéficient de matériel sportif.

Nous organisons une douzaine de stages par an, pour environ 800 enfants. Ceux-ci sont encadrés par des psychomotriciens ou des licenciés en éducation physique, ce n'est pas du volontariat. A nouveau, l'intention n'est pas de travailler une seule discipline ni la performance, mais de redécouvrir le plaisir de bouger, en harmonie avec son corps.

Enfin, nous organisons des activités collectives d'initiation à la marche d'orientation, au nordic walking... en gardant à l'esprit notre objectif, qui est d'en faire une activité permanente. Comme pour toutes les activités de la mutualité, la promotion est importante. Le programme des joggings est publié dans des journaux spécialisés, les stages sont annoncés grâce à un mailing aux familles (environ 12 000 courriers). Pour atteindre un large public, on profite aussi du lectorat d'En Marche et de la fréquentation de nos clubs. Nous disposons en outre d'un trimestriel propre « Le Zest », et une page sur le site www.mc.be nous est réservée. Vous y trouverez la philosophie de l'asbl, un agenda des activités, et bien d'autres choses encore. En somme, les ressources internes sont telles qu'elles nous permettent largement d'assurer notre propre promotion.

E.S.: L'asbl a-t-elle des partenaires extérieurs ?

E.M.: Nous travaillerons probablement bientôt avec les associations de parents, mais nous n'avons pas encore bien exploré cette piste à l'heure actuelle. Nous avons des contacts avec les associations de quartier, et les autres clubs sportifs. Bien entendu, nous collaborons aussi avec les circonscriptions. Enfin, les administrations communales peuvent être considérées comme des partenaires puisqu'elles mettent des lieux à notre disposition et nous offrent un financement.

E.S.: Quels sont les défis de Promusport actuellement ?

E.M.: Nous devons redynamiser nos clubs en rajeunissant leurs participants. Ceux-ci ont

¹⁰ Jeunesse & Santé est l'organisation de jeunesse de la Mutualité chrétienne. Pour en savoir plus : www.jeunesseetsante.be

Le 23 septembre de l'an dernier, la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental organisait pour la troisième année consécutive une journée sport et santé destinée aux familles. Dans la lignée de la philosophie générale du concept *Réflexe Santé*, la journée avait pour objectif de favoriser la pratique d'une activité physique régulière et l'alimentation équilibrée.

Pour l'occasion, tous les services et asbl de la mutualité ont uni leur force et leur savoir-faire.

Sur place, diverses activités aussi intéressantes qu'amusantes étaient organisées.

L'espace mutu

- Jeunesse & Santé proposait des jeux coopératifs ayant pour objectif d'inciter le public à pratiquer une activité physique ensemble, pour arriver à un but commun. Des adolescents tentaient de se coordonner pour avancer par deux sur les mêmes skis, d'autres portaient un engin à deux roues sur lequel l'un de leurs camarades tentait d'attraper des anneaux avec un bâton...
- Le parcours Yamakasi de Promusport avait pour objectif de faire réfléchir les gens sur leur approche de l'activité physique. Il s'agit d'un parcours de 10 minutes, comprenant 5 obstacles. Grâce à l'accompagnement d'animateurs, il permet aux participants de tester leur audace et de se rendre compte de leur capacité à surmonter les obstacles, de même qu'ils pourraient le faire s'ils s'engageaient dans une activité régulière. Le Yamakasi amorce donc la discussion et met les gens en réflexion. Il s'agit d'une activité attractive, mais elle nécessite la présence d'un animateur.
- Des marches fléchées avaient lieu toute la journée : le public pouvait partir se balader quand il le souhaitait, pour un parcours de 5 ou 10 kilomètres.
- Le Spéléobox, un semi-remorque à l'intérieur des méandres duquel les jeunes pouvaient découvrir les sensations d'un spéléologue, était une activité assez originale.
- Un mur d'escalade de 6 mètres de haut avec divers degrés de difficulté avait aussi été dressé pour l'événement.

- Des balades en poney étaient organisées dans un champ voisin.

- Les tout-petits n'étaient pas en reste : des jeux de psychomotricité étaient à leur disposition.

La place du village

Sur « la place du village », les personnes en chaise roulante pouvaient s'initier au cyclo-danse, les autres à la salsa ou à l'art du cirque. Un vélo presse-fruits permettait aussi au public de faire de l'activité physique et de savourer ensuite un excellent jus de fruits frais. Rien de tel pour allier sport, plaisir et alimentation saine!

L'espace « zen », ou « bien dans ma peau »

Au premier étage se trouvait un atelier d'initiation à la sophrologie, aux massages et un apprentissage de l'utilisation des huiles essentielles.

On y trouvait aussi le « parcours saveurs » dont l'objectif est de découvrir de nouveaux parfums. Le matin, des verrines contenant divers produits étaient disposées sur le bar. Les participants devaient deviner ce qu'elles contenaient. L'après-midi ce sont des glaces vanille sans sucre, nature ou au soja que le public pouvait découvrir et savourer.

Le Planning familial La Bulle¹³ était aussi de la partie et proposait un parcours « estime de soi ». Un premier stand consistait à traverser un parcours semé d'embûches, les yeux bandés. Cet exercice demande d'avoir confiance en soi pour ne pas tomber et avancer, ainsi que d'accepter de se laisser guider par un tiers. Sur un second stand, les participants étaient invités à s'allonger sur une feuille de papier, sur laquelle une animatrice contournait leur silhouette. Ensuite, après s'être relevés, on proposait à chacun d'indiquer sur le dessin ses défauts et ses qualités, sur chaque partie du corps. Un exercice intéressant pour travailler l'image de soi.

Enfin, un dernier stand leur proposait de dessiner leur blason, le but étant de développer leur sentiment d'appartenance. Finalement, les candidats revenaient au point de départ et étaient invités à se regarder dans le miroir.

13 Pour en savoir plus : www.la-bulle.be

C'est alors qu'ils faisaient le point avec une animatrice sur ce que le parcours avait changé en eux, ce qu'il leur avait permis d'apprendre.

Au deuxième étage, l'atelier « Mon look à moi » a remporté un réel succès. Son objectif était de « rehausser » l'estime de soi, d'aider à reprendre confiance grâce à son look. Cela peut paraître superficiel mais rares sont les gens qui peuvent se permettre financièrement de faire appel à une professionnelle pour demander ce type de conseils. Cela fait pourtant partie du bien-être.

Un atelier « gymnastique douce » sur ballon était animé par un kinésithérapeute : des exercices simples à refaire chez soi!

L'espace livres, contes et jeux et l'espace pour les tout-petits

Les jeunes enfants pouvaient se rendre dans un espace qui leur était spécialement dédié : jeux de société sur la santé (alimentation saine, accidents domestiques...), espace contes, atelier déguisement et grimage, animations musicales...

Le hall omnisport

Au hall omnisport proche de la mutualité étaient organisés un tournoi de pétanque inter-générationnel, une initiation à la pétanque pour aveugles et malvoyants, un tournoi de mini-hockey, une initiation au rugby...

Un parcours de sensibilisation permettait aussi aux personnes valides de se rendre compte des obstacles que peuvent rencontrer quotidiennement les personnes à mobilité réduite.

En somme, une superbe journée ensoleillée, tout en santé!

Nous vous donnons rendez-vous pour la quatrième édition de cette journée 'sport et santé' le 28 septembre 2008. Parmi les nouveautés, j'épinglerai spécialement des ateliers créatifs pour tous, une démonstration de kapuera, un vol de mini-montgolfières, des initiations à différentes danses – de la tectonique à la 'country' –, des initiations au cirque pour les enfants, du tir à l'arc pour les plus adroits, des combats médiévaux pour les nostalgiques...

grandi avec l'asbl en quelque sorte. Dès lors, nous nous rapprochons du public aîné de *Sport Seniors*. Nous sommes donc confrontés au défi de renouveler la formule ou de recruter des membres faisant partie de la tranche d'âge correspondant à la cible de l'asbl. Ce n'est pas simple car les actifs sont fort occupés. S'ils

répondent à notre invitation lors de gros événements, inscrire leur participation à des activités régulières et les convaincre de s'engager reste difficile.

Par contre, je mène une expérience intéressante avec une association de parents : je leur ai proposé d'intégrer le jogging de l'école dans notre

challenge. C'est une course particulière, pendant laquelle un duo se relaie pendant une heure sur une boucle d'un kilomètre et demi. En lien avec cette activité, j'ai créé un club où parents et enfants sont invités à « apprendre » à courir. Nous y sommes une dizaine de réguliers. Cela crée une dynamique d'exemple. Tra-

Un témoignage

Philippe, invité lors de la journée du 23 septembre, nous parle de sa passion pour le sport qui rime avec 'plaisir d'abord'.

« Un jour, je me suis retrouvé à l'hôpital, dans le coma pendant un mois et demi. Mes amis ont bien cru que j'allais mourir... Je me suis finalement réveillé et je suis encore resté immobilisé plusieurs mois. C'est alors qu'on réfléchit. Je me suis rendu compte que la vie se savourait par les échanges, l'amitié mais aussi par le monde qui nous entoure tout simplement : la nature, les arbres...

Couché sur mon lit d'hôpital, voyant les saisons changer, les arbres perdre leurs feuilles et verdier à nouveau, le ciel devenir de plus en plus clair, la pluie tomber... je me sentais enfermé. J'ai pensé que j'avais loupé quelque chose pendant 20 ans. Ainsi, à ma sortie, j'ai choisi un sport en lien avec la nature. Il faut pouvoir y

entrer et la respecter. Le vélo est un outil remarquable pour le faire...

Depuis lors, je suis un sportif passionné. Je fais du VTT de manière intensive. Je me mets en forme les premiers mois de l'année pour faire ensuite un grand tour de 7 journées avec mon fils. C'est la sixième fois qu'on le fait. En fait, ce sont d'énormes randonnées de 600-700 km en VTT, uniquement en forêts et dans les champs, jamais de route! On nous parachute à 700 km de notre village et nous revenons à vélo, logeant chaque nuit à l'hôtel après des étapes de 80-90-100 km selon la difficulté. Cela nous a permis de découvrir le Rhin, les Vosges...

C'est un plaisir fabuleux de faire tous ces kilomètres. D'abord, c'est super de pouvoir réaliser ce genre d'exploit avec son fils. On partage beaucoup de choses : on rigole de tout, on apprend à dédramatiser, on peut aussi parler d'un tas de choses

sérieuses. Ce sont des moments privilégiés.

Ensuite, le plaisir réside dans le fait de découvrir des paysages. Les choses les plus simples prennent un autre goût, comme par exemple un pique-nique au bord d'une rivière après un bon effort, se reposer, écouter la nature, se dorer au soleil... Ce sont des plaisirs simples qu'on savoure d'une manière plus intense.

Après 7 jours d'efforts, on revient au village : la famille et les amis sont là, ils nous attendent, on boit un verre tous ensemble et on raconte ce qu'on a vécu. On est heureux, on a pris l'air, on a pris énormément de plaisir aussi.

Le vélo c'est génial : une fois qu'on a fait 100 km, cela devient facile, on peut passer une journée entière dessus. Avec une centaine de kilomètres de plus, on peut commencer à aborder des montées... En plus, c'est accessible à tout le monde, et plus on en fait, mieux on se sent! »

vailler avec les associations de parents est donc une piste d'action pour nous.

Enfin, étant donné que l'asbl ne dispose pas d'assez de personnel pour gérer ses activités, elle pourrait s'attacher à un périmètre restreint, et tenter un travail de réseau avec les associations, les clubs de sport et autres. Nous travaillerions main dans la main. En réalité, il serait intéressant de mettre en place une dynamique *Réflexe Santé* associant parents et enfants, et s'inscrivant dans le temps. Cela permettrait de montrer encore mieux au public que la Mutualité chrétienne essaye de le faire bouger!

E.S.: Des projets concrets pour le futur ?

E.M.: Nous devons nous réunir bientôt pour définir des priorités pour l'asbl.

Je peux déjà vous dire que nous préparons ses 20 ans, qu'elle fêtera en septembre-octobre 2008. Pour l'occasion, nous envisagerons peut-être même un changement de logo...

Enfin, on parle de mettre au point un séjour pour familles dans l'optique de *Réflexe Santé*, avec 3 dimensions : l'expression (estime de soi), la découverte de la pyramide alimentaire (expérimentation de recettes, aller faire les courses...), et le plaisir de bouger (journée promenade à vélo...).

Vous l'aurez compris, à la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental, on ne plaisante pas avec le sport, on fait les choses en grand... et ça marche!

Carole Feulien

Pour en savoir plus sur les activités organisées à la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental, n'hésitez pas à consulter le site Internet www.mc.be (choisir la Mutualité chrétienne du Hainaut oriental).

Vous pouvez aussi prendre contact avec :

- *Infor Santé* (service de promotion de la santé) : Dominique Serbruyns, responsable, 071 548 318, dominique.serbruyns@mc.be
- *Promusport* (asbl sportive) : Etienne Mathues, responsable, 071 548 319, promusport.anderlues@mc.be
- *Sports Seniors* (asbl sportive pour les aînés) : Renée Michel, responsable, 071 548 408, renee.michel@mc.be

L'espoir de vaincre la malaria

La fin du paludisme comme problème prioritaire de santé publique n'est plus une utopie. Aujourd'hui des moyens de lutte efficaces existent et d'importants financements de la communauté internationale sont disponibles. Reste aux États à former le personnel de santé et à organiser le combat contre ce fléau qui pèse sur leur développement.

Jamais la conjoncture n'a été aussi favorable à une lutte efficace contre le paludisme. Depuis dix ans, les financements internationaux ont été multipliés par dix et de nouveaux traitements très efficaces ont vu le jour. Longtemps

délaissée, cette maladie, qui tue 2,6 millions d'Africains chaque année, dont de très nombreux enfants, est sortie de l'oubli grâce au sida. La forte mobilisation contre cette pandémie a entraîné dans son sillage celle contre le paludisme qui pèse lourd sur les économies africaines. « *Le paludisme est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté* », reconnaît-on aujourd'hui. Il ferait perdre près d'1,5 % de croissance chaque année à l'Afrique. A l'échelle locale, c'est, par exemple, la première cause de non-remboursement des micro-crédits comme l'ont montré les études menées par Planet Finance au Bénin. Il représente près d'un quart

des dépenses globales des familles et 40 % des dépenses de santé publique.

La création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2001, qui regroupe actuellement les deux tiers des fonds mondiaux internationaux, a marqué un tournant dans l'implication de la communauté internationale. Le Fonds travaille main dans la main avec *Faire reculer le paludisme*, un partenariat lancé en 1998, qui regroupe organismes internationaux, gouvernements des pays du Sud, entreprises privées, organisations non gouvernementales, et permet de coordonner les actions, d'éviter les incohérences et de renforcer les synergies.



Photo © Photovews

Des moyens de lutte efficaces

Ces actions s'appuient sur les résultats de la recherche qui ont démontré l'efficacité des nouveaux médicaments à base d'artémisinine, à condition que celle-ci ne soit pas administrée seule pour éviter l'apparition de résistances, comme celle à la chloroquine : ce sont les combinaisons thérapeutiques, appelées communément ACT, encore onéreuses (1,3 \$ par traitement pour un adulte) largement financées par les bailleurs de fonds.

Seulement, là où le bât blesse trop souvent, c'est dans l'administration de ces traitements. Pour avoir les meilleurs résultats, il faut traiter

le plus tôt possible, dès l'apparition de la crise. Or, la plupart du temps, les malades commencent par se soigner eux-mêmes avec les médicaments dont ils disposent chez eux et ne vont au centre de santé le plus proche qu'en dernier recours. Là, ils ont souvent affaire à du personnel de santé mal payé, peu formé et mal informé des nouveaux traitements. Des études menées par l'IRD (Institut de recherche pour le développement) au Cameroun ont montré que ces soignants prescrivait des anti-paludéens dépassés ainsi que des antibiotiques inutiles. Le constat est unanime : le secteur de la santé publique, rendu exsangue par les ajustements structurels qui ont stoppé les recrutements, a donc besoin d'être reconstruit. Mais les populations ont aussi besoin d'être mieux informées. Comme l'explique **Flore Gangbo**, ex-ministre de la Santé du Bénin, gouvernants et société civile doivent s'impliquer. Dans son pays, des téléthons ont ainsi été organisés ainsi que des tontines pour l'achat de moustiquaires. La prévention par l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide a depuis longtemps prouvé son efficacité. Mais il ne suffit pas de les rendre disponibles à bas coût ou de les distribuer gratuitement, il faut ensuite savoir si et comment elles sont utilisées, si, par exemple, elles ne sont pas revendues ou utilisées comme filets de pêche! Autre mode de prévention complémentaire : la pulvérisation d'insecticides répulsifs, en particulier de DDT, dans les maisons, est la dernière arme de l'arsenal, déjà effective dans quelques pays comme le Rwanda.

Des résultats spectaculaires

Là où les gouvernements ont pris le problème

à bras le corps, les résultats ont été spectaculaires. C'est le cas, par exemple, au Mozambique où le nombre de morts du paludisme a diminué de plus de 80 %, ou du Burundi où les ACT sont désormais disponibles dans tous les centres de santé primaire et où les cas de paludisme ont diminué de 39 % entre 2000 et 2005. En Éthiopie, les trois quarts des enfants dorment maintenant sous une moustiquaire ce qui fait baisser drastiquement le nombre de morts des moins de 5 ans. Ces chiffres donnés par le Fonds mondial montrent bien l'efficacité de la lutte lorsqu'elle est menée à grande échelle dans un pays. Certains espèrent même que cette maladie ne sera plus un problème de santé d'ici une dizaine d'années.

C'est désormais aux Etats, insiste **Awa Marie Coll-Seck**, Secrétaire exécutive du partenariat *Faire reculer le paludisme*, de se prendre en charge. Seule une forte volonté politique pour mettre en œuvre des programmes nationaux peut permettre de juguler ce fléau ont affirmé les participants à la conférence « Faire plus et mieux contre le paludisme », tenue en septembre 2007 à Paris, et qui a réuni les principaux opérateurs de la lutte, chercheurs comme financeurs.

En 2000, les chefs d'État africains se sont engagés à réduire de moitié d'ici 2010 la mortalité liée au paludisme et, en 2001, à allouer 15 % des budgets nationaux au secteur de la santé. Les conditions d'une lutte efficace contre « *cette maladie invisible qui nous perturbe sans cesse* », comme le dit Flore Gangbo, sont réunies. Les premiers résultats sont là, l'espoir aussi.

Marie-Agnès Leplaideur, InfoSud - Syfia

Scinder les soins de santé ?

En 1999, le Parlement flamand approuvait une résolution demandant plus de cohérence dans les compétences régionales, entre autres en santé publique et en soins de santé. Bien que les thèmes communautaires aient été au premier plan de la dernière campagne électorale en Flandre, il a été peu question des soins de santé dans les médias. Le débat social à ce sujet est pourtant urgent et nécessaire car ce thème est au menu des travaux qui doivent préparer la réforme de l'Etat à mettre en place pour le 15 juillet prochain.

Les partisans d'une scission de notre santé publique se basent sur deux types d'arguments. Certains invoquent les « fameux transferts »

financiers entre la Flandre et la Wallonie. D'autres insistent sur les grandes différences qui existent entre régions dans la problématique de santé et en appellent à respecter ces différences culturelles.

Examinons d'abord ces flux financiers. Clairement, les dépenses de l'assurance-maladie par habitant étaient autrefois plus importantes à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre. Mais, depuis 2004, ces dépenses sont pratiquement équivalentes. En Flandre, elles augmentent du fait du vieillissement de la population.

Mais il reste qu'en Flandre, les contributions par habitant restent plus élevées que les dépenses, à l'inverse de Bruxelles et de la Wallonie. Cela tient au mécanisme de solidarité qui suppose que les gens aisés contribuent effectivement

à soutenir les personnes moins aisées. Ainsi, du Brabant wallon (la province belge la plus riche) partent des « transferts » vers Liège et le Hainaut... mais aussi vers le Westhoek et le Limbourg!

Ensuite, les partisans d'une scission des soins de santé tirent argument de différences d'approches de la santé entre le nord et le sud du pays. Une organisation séparée, disent-ils, tiendrait mieux compte des besoins locaux.

Ils mettent alors en évidence qu'il y a plus de maladies cardio-vasculaires à Charleroi qu'à Gand, que les Liégeois ont une moins bonne santé physique, sociale et mentale que les habitants d'Alost, etc. Or, la dernière enquête de santé nationale, qui remonte à 2004, nous apprend qu'il y a plus de différences à l'intérieur d'une même région

qu'entre les régions. Beaucoup de maladies chroniques, par exemple, apparaissent davantage chez les gens qui ont moins de formation, indépendamment du lieu où ils habitent. La plupart des limites fonctionnelles des personnes âgées apparaissent également sans que cela ait à voir avec la région où ils habitent. Nous devons en conclure que les différences, en ce qui concerne les soins de santé, ont beaucoup plus à voir avec les inégalités sociales qu'avec l'endroit où on habite!

Des différences de consommation complexes à appréhender

Comment alors s'appuyer sur des différences culturelles pour défendre une séparation de la politique de santé ?

On dit souvent que les Flamands vont plus souvent chez le médecin généraliste et que les Wallons vont plus vite à l'hôpital. Pourtant, selon l'enquête de santé nationale, le nombre des gens fidèles à leur généraliste est aussi élevé en Flandre qu'en Wallonie. Certes, en Flandre, le dossier médical global est davantage intégré qu'en Wallonie. C'est aussi à Bruxelles et en Wallonie que l'on prescrit plus de radiographies, d'examens préopératoires, d'antibiotiques et de tranquillisants. Ces différences ne sont pour pas univoques.

Selon les études du Centre fédéral d'expertise en soins de santé (KCE), il y a presque deux fois plus de césariennes dans l'est que dans l'ouest de la Belgique. La carte de l'ablation de l'utérus suit un modèle en forme de mosaïque avec

une prépondérance dans le nord. Selon le KCE, toutes ces opérations ne semblent pas justifiées et ce quelle que soit la région du pays où elles sont réalisées. Pour expliquer cette surconsommation, le Centre fédéral d'expertise met en avant entre autres une « politique conduite par l'offre » et un « enthousiasme exagéré » de certains prestataires...

À côté de la surconsommation, il existe aussi dans notre pays des problèmes de sous-consommation! Selon l'enquête annuelle sur la pauvreté de 2007, dans notre pays, certaines personnes renoncent à des soins réguliers pour des raisons financières. Cela arrive en moyenne à un Belge sur dix mais avec une distribution très inégale : trois fois plus en Wallonie qu'en Flandre. Au sujet de la distribution de la sous-consommation par province, nous n'avons pas de données.

Flamands, Wallons et Bruxellois ont les mêmes droits d'accéder à des soins de santé de qualité à des prix accessibles. Pour garantir ces droits, il est nécessaire de garantir plus de solidarité avec les plus fragiles. La solidarité, cela signifie des transferts financiers, entre les personnes qui habitent une région différente ou qui appartiennent à une communauté différente, mais surtout des bien-portants vers les malades et ceux qui ont moins de chance.

Pour cette raison la sécurité sociale ne peut pas être divisée! Nous devons absolument défendre l'objectif social tant vanté de nos services de santé. La santé publique doit se tenir à l'écart

de toute logique commerciale. Nous devons veiller à ce que les moyens du gouvernement soient utilisés de la meilleure façon possible. Par exemple, le prix des médicaments pour le patient peut descendre beaucoup plus bas si nous les mettons en adjudication publique selon le modèle kiwi.

Nous sommes convaincus qu'une sécurité sociale organisée au niveau fédéral est le meilleur cadre pour la lutte contre les inégalités sociales. Une santé publique fédérale offre plus de possibilités pour une politique de santé socialement justifiée et de qualité qu'une politique de santé qui serait conduite selon les régions ou des communautés divisées.

Auteurs : **Michel Vanhoorne, Dirk Van Duppen, Marleen Temmerman**. Co-auteurs : **Bert De Belder, Francis Dewalque, Bruno Dujardin, Bernard Duterme, Yves Hellendorff, Jean Hermesse, Jean-Marie Léonard, Jan Vancoppenolle**
Les auteurs et les co-auteurs sont membres de la Plate-forme santé et solidarité, une initiative des deux grands syndicats et mutualités, de divers réseaux et associations, d'ONG et de représentants d'universités. Ils ont décidé d'unir leurs forces pour prévenir les conséquences de la politique néolibérale sur le plan social et sanitaire. Ils se mobilisent pour une politique de santé et de bien-être solidaire et pour que la santé reste un droit pour tout le monde. Internet : www.sante-solidarite.be.

RÉFLEXIONS

Usage de la peur et médias de prévention : quelques repères méthodologiques

Introduction : la peur et les médias

Les rapports entre peur et médias, dans un sens large, nécessiteraient de vastes développements. Les manières d'aborder cette thématique sont potentiellement multiples. Dans le cadre de cette contribution, nous entendons étudier la question de façon spécifique pour le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, en vue de donner des éléments de réponse à deux questions que se posent souvent les professionnels du domaine.

D'une part, il y a celle de l'efficacité de la peur comme moyen de prévention. Autrement dit, inscrire sur les paquets de cigarettes que « fumer tue » a-t-il un effet sur la consommation de tabac ? Et comment cet effet est-il produit ?

D'autre part la question de l'acceptabilité sociale de la méthode est difficilement contournable. La société n'est pas nécessairement prête à accepter des messages pouvant être perçus comme une agression à l'égard de parties plus ou moins importantes du public. En plus de la question de l'efficacité se pose aussi celle de savoir si « tous les moyens sont bons », ou du moins acceptables ou souhaitables dans un contexte donné.

Notre contribution ne prétend ni faire le tour de la question, ni lui apporter une réponse « définitive », pour autant que celle-ci existe. Notre objectif est bien plus modeste : il s'agit de donner des repères conceptuels et méthodologiques permettant au praticien, amené à concevoir des campagnes de prévention dans le cadre de son

activité professionnelle, d'aborder de manière plus pertinente et autonome ces questions.

Pour ce faire, nous défendons qu'il faut éviter de se laisser enfermer dans un questionnement exclusivement centré sur l'usage de la peur ou la manière de la susciter. Il est nécessaire, au contraire, de prendre du recul pour mettre cette question en perspective par rapport à ce que sont la prévention et la démarche de conception d'un document de prévention. Nous adoptons résolument le point de vue du concepteur de médias de prévention pour qui la question pertinente ne doit, dès lors, pas être *comment engendrer ou utiliser la peur mais comment peut-on engendrer l'effet souhaité à l'aide d'un média de prévention*, le recours à la peur étant un moyen parmi d'autres. C'est pourquoi nous développe-

rons dans le détail la démarche de conception des médias de sensibilisation, avant de revenir sur l'usage concret de la peur dans ceux-ci.

L'usage de la peur, une définition difficile

Spontanément, tout le monde a une représentation plus ou moins précise de ce qu'est une campagne de prévention utilisant la peur. Mais c'est en réalité quelque chose d'assez difficile à définir. Quand utilise-t-on exactement ce levier ? Quand sort-on de ce registre ? Les exemples souvent cités (comme des campagnes de sécurité routière montrant sans fard des blessés couverts de sang) peuvent souvent être considérés à la limite de la peur, de la surprise, du dégoût ou d'autres sentiments. Dans quelle mesure peut-on donc véritablement associer média de prévention et ce sentiment primaire, assez précis, qu'est la peur ?

La peur n'est pas un objet mais un sentiment. Donc, elle ne peut pas être directement présente en tant que telle dans un document médiatique, quel qu'il soit. Elle peut être mise en scène (à travers la représentation de personnages sujets à la peur) ou suscitée (la réception du message provoque ce sentiment chez le récepteur). Ces deux aspects peuvent évidemment parfois être conjoints : la mise en scène de la peur peut avoir pour effet de susciter ce même sentiment chez certains récepteurs, par exemple par projection/identification.

Lorsque l'on parle d'« usage » de la peur dans les médias de prévention, on se réfère généralement à des campagnes visant à susciter la peur chez le récepteur en vue de provoquer certains effets. Aussi, nous parlerons plus précisément de l'induction de la peur comme stratégie de prévention.

Cela nous mène à la définition suivante, adaptée de **Alexandra de Hemptinne** : l'induction de la peur est une politique de prévention consistant à montrer les conséquences d'un événement non souhaitable (maladie, accident, etc.) ou à faire entrevoir plus ou moins directement le malheur qui s'en suit dans l'espoir que cela amène un changement d'attitude par rapport aux causes de cet événement [1, p.15]. Au-delà de cette définition assez « expositive », divers travaux permettent d'identifier une gamme relativement variée de façons de présenter cet « événement non souhaitable » ou ses conséquences.

Le point commun de ces modes de présentation est généralement la présence d'une menace ou de ce qui sera perçu comme un danger pour le récepteur, sa santé, sa vie, ses proches ou la société dans laquelle il vit, ou des conséquences négatives de celui-ci (mort, répression sociale, punition, accident, perte d'intégrité physique, etc.) [1, p.27].

La manière de figurer ou formuler le danger, la manière de le mettre en scène peut par contre varier considérablement d'un cas à l'autre. Nous référant toujours à de Hemptinne, ainsi qu'au travail de **Corinne Tarpataki** [2], nous pouvons identifier deux grandes tendances : l'évocation directe du danger, en le donnant à percevoir directement (ou ses conséquences), et l'évocation « inférentielle », c'est-à-dire laissant entrevoir la situation fâcheuse ou ses conséquences moyennant un travail de raisonnement, d'inférence (à des degrés plus ou moins forts).

Un passage en revue de campagnes de prévention suivant ces modèles permet aussi de constater que le danger peut référer au récepteur à titre personnel (sur le modèle : *si tu fais/ne fais pas ceci, alors voici ce qu'il va t'arriver*), ou peser sur un personnage mis en scène (par exemple, sur le modèle du spectateur d'un Hitchcock qui sait que l'assassin va perpétrer son forfait, impuissant face à son écran et à la victime qui ne se doute de rien).

Le travail de mise en forme du message, en fonction des spécificités de son support et de la configuration des éléments permet de construire cette présentation de la menace ou de guider son interprétation. Nous y reviendrons. Mais avant cela, il convient de s'interroger sur la pertinence même de l'induction de la peur en recadrant cette stratégie éducative,

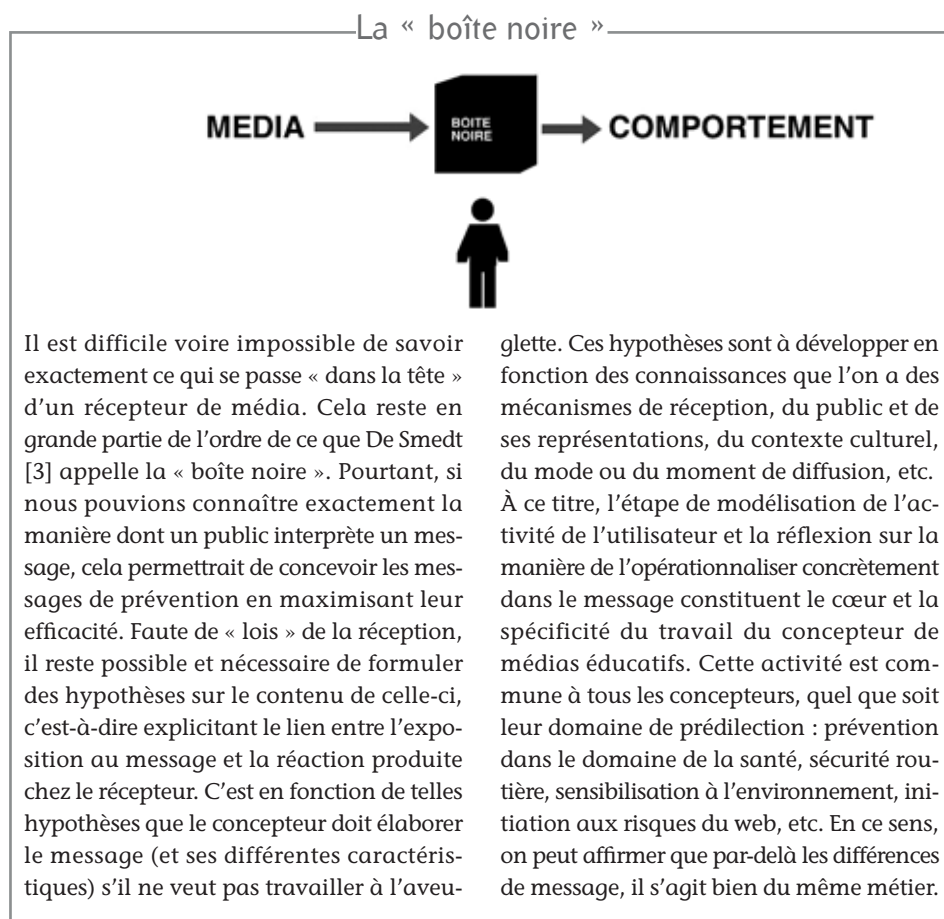
parmi d'autres, dans la démarche globale de conception d'un média de prévention. En effet, l'analyse des caractéristiques et mécanismes de médias de prévention basés sur l'induction de la peur ne permet pas de répondre à ce que nous avons identifié comme étant la question essentielle pour aborder de manière pertinente et critique la question de la peur, à savoir *comment peut-on engendrer l'effet souhaité à l'aide d'un média de prévention ?*

La démarche de conception d'un message médiatique de prévention

L'objectif de l'action de prévention est d'agir sur des représentations, des attitudes ou des comportements parce que l'action sur ceux-ci contribue à la résolution d'un problème (de santé, de sécurité, etc.) se posant dans l'espace social. Les actions de prévention ne sont donc pas nécessairement communicationnelles.

Rares sont les problèmes (alimentation trop grasse, cancer du sein, bonnes pratiques d'allaitement, tabagisme, etc.) qui ne présentent qu'une seule « solution » du point de vue de la démarche à entreprendre pour aller vers leur résolution. Au contraire, la plupart nécessitent des approches multiples impliquant différents acteurs et/ou différentes formes d'action sur l'espace social : actions législative (normes,

[suite page 15]



[suite de la page 10]

interdiction), économique (augmenter le prix du tabac), d'équipement (rendre un centre facilement accessible), d'éducation formelle (école, diplômes), etc. Le vecteur communicationnel est donc une façon parmi d'autres à la disposition des pouvoirs publics, des acteurs sociaux, des institutions publiques ou privées de traiter un problème.

Il est du ressort du concepteur de concevoir son document de prévention dans le but de produire l'effet sur le public le plus adéquat en regard du problème traité. A ce titre, son domaine de compétence est limité (il n'est qu'un maillon de la « chaîne » de résolution d'un problème posé dans l'espace social), mais au sein de cette sphère d'action, son travail est essentiel quant à la traduction des objectifs sociaux au sein d'une stratégie éducative susceptible d'amener un public donné à évoluer d'un état A (par exemple considérer que le cancer est un problème qui ne nous concerne pas) à un état B (considérer comme envisageable de mener un dépistage au-delà d'un certain âge) quant à ses représentations, ses attitudes ou ses comportements par rapport au problème [3].

Modélisation des effets du média : les ressorts de l'action

Un média éducatif de prévention est un message (de toutes natures, de l'affiche au théâtre de marionnettes en passant par le spot TV ou l'autocollant) adressé à un public et visant à agir sur les représentations, les attitudes ou les comportements de ce public en matière de santé, de soins, de maladie, etc. La réussite du message de prévention tient donc bien dans le fait que l'effet escompté a bien été produit dans le sens souhaité, et pas simplement à ce que le message ait été émis.

Cet objectif doit donc être modélisé en termes d'effets à produire : à quoi sait-on que l'objectif est atteint ? Ou, autrement dit, que doit-il s'être passé, que doit-on pouvoir observer pour s'assurer que l'action communicationnelle de prévention a été couronnée de succès ?

Il s'agit de savoir ce qui est supposé se passer dans la tête du récepteur pour le faire passer de l'état A à l'état B cités plus haut. Certes, on n'aura jamais de certitudes à ce sujet -seulement des hypothèses- même en menant une recherche précise, mais cette étape est une des plus importantes de la démarche de conception. En effet, si cette modélisation est bien entendu utile pour évaluer *a posteriori* une campagne (et définir des indicateurs pertinents de la réussite de celle-ci), elle est aussi (et surtout) indispensable au concepteur pour savoir *a priori* comment, dans quel sens, en fonction de quoi il va devoir travailler pour atteindre son objectif auprès du public. Il est nécessaire pour le concepteur d'élaborer ces hypothèses, car



Le slogan : 'Sans préservatif, c'est avec le sida que vous faites l'amour. Protégez-vous.' Cette affiche de l'association AIDeS (2005) joue clairement sur le registre de l'effroi, de l'horreur, avec une image métaphorique cauchemardesque.

On peut se demander si la peur entraînera le comportement de protection souhaité. La parade à la menace, indiquée en tout petit sous l'image risque de ne pas être vue, ou pire, de détourner le récepteur de l'affiche.

ce sont elles qui vont guider la stratégie éducative à l'œuvre dans le document en cours de conception. Enfin, c'est par rapport à ces hypothèses que nous pourrions (en partie) situer et évaluer la question de l'induction de la peur comme stratégie de prévention.

S'interroger sur ce qui doit se passer dans la tête du récepteur d'un message de prévention pour que celui-ci fasse son effet revient à poser la question de « qu'est-ce qui pousse quelqu'un à agir ? », à adopter un point de vue, à changer d'opinion, etc. Avec des étudiants de ces dernières années [3], nous avons élaboré une liste des différents ressorts possibles de l'action humaine en général.

Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut retenir des causes de relativement « bas niveau » (comme satisfaire des besoins primaires, agir par réflexe ou dépendance physiologique acquise, par contrainte technique – on ne peut pas faire autrement, par exemple –) et des causes plus élaborées où interviennent les relations sociales, les croyances, les valeurs, etc. Par exemple, agir par adhésion à des valeurs, par goût du risque ou du défi, par soumission à une autorité, par crainte d'une sanction, par conscience morale, par désir mimétique, par assurance identitaire (rester dans la norme, ou au contraire s'en démarquer), par adhésion rationnelle, etc.

Face à ce « catalogue » valable de manière générale, concevoir une stratégie de prévention revient à identifier les ressorts possibles par lesquels l'objectif éducatif poursuivi peut être atteint en termes de comportement ou de

représentation. Cela nécessite, dans toute la mesure du possible, une bonne connaissance de la sociologie du public auquel on s'adresse, de ses croyances, de ses références, de ses habitudes, du moins quand elles ont trait au problème posé ou aux éléments susceptibles d'intervenir dans un mécanisme de changement de représentation, attitude ou comportement.

Pour prendre un exemple simple, le public adolescent est généralement en recherche et construction identitaire, avec un souci particulier de reconnaissance et d'appartenance à un groupe de pairs. Dans ce cas, il y a de fortes chances qu'une stratégie de communication invitant à adhérer/s'identifier à un modèle connoté positivement ait une résonance particulière auprès d'eux dans un sens de l'adhésion au message ainsi présent. Le recours à un argument d'autorité sera beaucoup moins efficace sur ce public qui se construit en partie *contre* l'autorité parentale, scolaire, etc. La mise en œuvre du document visera alors à construire cette adhésion en définissant le type de « modèle » qui sera présenté, ses caractéristiques, la manière dont le récepteur pourra s'y reconnaître ou se sentir interpellé.

Il faut cependant être conscient des limites de la formulation que nous proposons ici. Celle-ci est un outil de travail utile au concepteur, mais pas une formule magique : il convient de prendre garde à une vision par trop mécanique de la communication, potentiellement manipulatoire, et heureusement sans garantie d'efficacité (les êtres humains ne sont pas des robots qu'une instruction prédéterminée permet de

commander). La question est au contraire à (re)poser pour chaque problème particulier, pour chaque document, pour chaque public.

L'induction de la peur comme stratégie de prévention

Dans ce cadre, et rapportée à la modélisation de l'activité du récepteur et aux multiples causes d'action, la peur n'apparaît-elle tout au plus que comme un moyen possible parmi d'autres à disposition du concepteur pour remplir un objectif éducatif. « Faire peur » n'est pas un objectif en soi. Ce n'est qu'un « outil » au service d'une stratégie dans laquelle on peut montrer (ou postuler) que l'induction de la peur va engendrer un type d'effet donné. Et que cet effet va dans le sens souhaité. L'induction de la peur n'est donc intéressante comme stratégie éducative que par les effets de cette induction sur le récepteur. Il convient donc d'être conscient des différents types d'effets que peut provoquer l'induction de la peur. Nous allons le montrer avec un exemple concret et un modèle.

« Faire peur » en invoquant le risque de maladies graves liées au tabac peut être une stratégie dans un contexte où l'on a suffisamment d'éléments permettant de croire que la menace est nécessaire et suffisante pour inciter le fumeur à réduire sa consommation de tabac.

Il faut « modéliser » la manière dont la menace est susceptible d'entraîner cette réduction de consommation. Par exemple, cela est envisageable si l'on sait que le public visé est soucieux de sa santé d'une part, et que cet objectif va le pousser à un comportement rationnel. Mais cela ne peut marcher que dans une perspective où le fumeur s'adonnerait à son vice par habitude, inconscience ou ignorance et qu'une mise en garde sur les risques qu'il encourt est suffisante pour le ramener à la raison.

Par contre, il est moins sûr que cela fonctionne si le fumeur est convaincu que « le cancer, ça n'arrive qu'aux autres » ou, au contraire, que de toute façon, vu toutes les cigarettes qu'il fume depuis des années, ce n'est pas une de moins qui va endiguer la maladie inéluctable. Enfin, cela risque franchement de poser des problèmes si le fumeur fume en regard de motivations différentes, qu'il s'agisse de l'appartenance à un groupe social, d'une manière de gérer son stress, d'un plaisir physique ou d'une dépendance physiologique. Dans ces cas, il est loin d'être certain que l'induction de la peur sera une stratégie payante, soit parce qu'elle n'est pas en mesure de contrebalancer le rapport qu'entretient le fumeur à la cigarette, soit parce qu'elle risque d'entraîner des effets indésirables voire contraires, comme un renforcement du comportement combattu à travers le rejet du message ou l'effet de stress provoqué par celui-ci.

Cet exemple illustre bien les deux problèmes à résoudre pour le concepteur : d'une part s'assurer que l'induction de la peur est une stratégie pertinente pour engendrer les effets voulus, et d'autre part s'assurer (avec les difficultés que cela comporte) que le média de prévention provoquera la « bonne réaction à la peur » parmi les différents types de réaction mis en avant par les travaux de psychologues ou psychologues sociaux. Ces types de réaction sont la fuite ou le déni, le sentiment d'être acculé et la nécessité d'affronter l'objet source de peur, et enfin la tentative de réduire l'impact de l'objet. Dans le cadre de l'action communicationnelle de prévention, il s'agit essentiellement de « viser » le troisième cas de figure en montrant au récepteur comment il peut agir pour faire diminuer la menace qu'il a identifiée. Beaucoup de recherches ont été menées dans ce domaine depuis cinquante ans pour expliquer les effets de la peur induite et leurs différents paramètres, donnant lieu à différents modèles. Dans le cadre de cette contribution, nous allons nous limiter à un seul dans la mesure où il a fait ses preuves dans le domaine de la prévention santé, et dans la mesure où il est souvent utilisé comme référence (même implicite) par les praticiens. Il s'agit de la théorie de la motivation à la protection (motivation-protection theory, dit « modèle PMT ») du psychologue américain **Ronald Rogers** [4].

Ce modèle donne une lecture cognitive de la réaction à la peur, montrant que cette réaction dépend de l'analyse que le sujet fait des causes de la peur et de ce qu'il peut faire face à ces causes.

On peut résumer grossièrement cette théorie en mettant en avant quatre facteurs importants : la crédibilité de la menace (pour entraîner l'action, la menace doit être jugée suffisamment crédible pour le récepteur), la nécessité d'une parade (il faut que le récepteur puisse voir une solution à la menace pesant sur lui), l'efficacité de la parade (cette parade doit être évaluée comme étant à la fois efficace et réalisable par le récepteur), et enfin l'intensité de la peur (une peur plus grande n'entraîne pas nécessairement des effets plus importants, au contraire). Il ressort donc que dans l'induction de la peur utilisée comme stratégie de prévention, le facteur le plus important n'est pas la peur elle-même, mais la réponse proposée à l'objet de la peur et les caractéristiques de celle-ci.

Si nous revenons à la prévention et à notre exemple de la lutte anti-tabac, le fumeur qui pense que le cancer n'arrive qu'aux autres sera peu sensible à l'induction de la peur car la menace ne lui paraît pas suffisamment crédible. Celui qui pense que s'arrêter de fumer n'effacera pas vingt ans de tabagisme ne sera pas plus sensible à la stratégie d'induction de la peur car la parade ne lui paraît pas efficace, tout comme

celui qui a déjà essayé d'arrêter sans y parvenir, à qui elle paraît inaccessible.

La conscience de ces mécanismes doit donc se traduire dans les éléments concrets du message qui reposerait sur une stratégie d'induction de la peur. Dans la construction de son argumentation, bien sûr, mais également dans les différents éléments sémiotiques (images, sons, etc.) utilisés.

Ainsi, dans une optique d'évocation directe, l'identification à un personnage peut être renforcée par des caractéristiques diverses (physiques, regard recherchant le contact du récepteur, etc.), cette identification pouvant par exemple renforcer la crédibilité de la menace en montrant au spectateur qu'il peut être concerné lui aussi.

Dans une optique d'évocation indirecte, le trajet inférentiel nécessaire à la compréhension du message peut être guidé de sorte à mettre en évidence certains aspects, comme par exemple amener le récepteur à en déduire l'efficacité de la parade proposée. On pourrait faire, au-delà de ces quelques exemples, une longue liste des mécanismes sémiotiques (choix des termes, des signes, des connotations, des métaphores, etc.) et pragmatiques (configuration relationnelle, interpellations, etc.) susceptibles d'intervenir dans ces mécanismes, sans parler des mécanismes perceptifs à l'œuvre dans la réception médiatique (par exemple immersion dans l'image), mais l'espace nous manque ici [5].

Il convient simplement de ne pas perdre cet élément de vue : ce sont tous les éléments constituant le message de prévention qui doivent être mis au service de la stratégie éducative, donc dans notre cas particulier, au service de la mise en avant de la « solution » proposée au danger, à la cause de la peur. Il est du rôle du concepteur d'envisager tous les éléments du message médiatique de prévention en relation avec leur pertinence par rapport au message et aux contraintes qui pèsent sur celui-ci pour qu'il ait l'effet souhaité.

Conclusions

Le récepteur est au cœur de toute démarche communicationnelle de prévention : il en est le destinataire mais aussi l'acteur par le biais des réactions qu'il va manifester au message de prévention. Par conséquent, c'est sur le récepteur que le concepteur doit centrer son attention, en travaillant en fonction de celui-ci.

Premièrement, il doit connaître son public pour pouvoir formuler une hypothèse pertinente et opérationnelle sur les ressorts pouvant mener celui-ci d'un état A à un état B. Ensuite, la stratégie de communication éducative vient opérationnaliser cette hypothèse, et tous les éléments du message de prévention sont à réfléchir en référence à cette stratégie.

C'est dans ce cadre que l'induction de la peur peut être envisagée, à condition de se centrer sur les effets de celle-ci et non sur la peur elle-même, en cherchant à garantir tant que possible que l'effet suscité ira dans le sens recherché, et ne sera pas la fuite ou le déni. A cette fin, le modèle PMT met en avant le fait que le facteur déterminant dans la réponse à la peur n'est pas la peur elle-même ou son intensité, mais la réponse proposée à celle-ci. Nous espérons que les éléments structurant de cette démarche sont

à même d'aider le lecteur à aborder lui-même, de façon critique et autonome, les questions liées à l'induction de la peur lorsque celles-ci se poseront dans le cadre de sa pratique. Cela dit, notre contribution s'est fondée sur le point de vue du spécialiste en communication à la recherche de l'efficacité. Mais nous ne vivons pas dans un monde parfait, et l'efficacité seule n'est (heureusement) pas la seule dimension qui intervient dans la problématique. Même armé de tous les outils nécessaires pour

accomplir sa tâche le plus professionnellement possible, le concepteur de média éducatif ne peut faire l'économie d'une réflexion sur sa responsabilité sociale. « Tous les moyens » sont-ils bons pourvu que l'efficacité soit au rendez-vous ? Sur l'induction de la peur, comme sur la stigmatisation, la violence ou d'autres techniques, il y a généralement un débat social nécessaire, parfois vif, notamment sur ce qui est « acceptable socialement » ou non. Tout n'est pas nécessairement bon à montrer, ou pas partout.

Les effets de la peur

Dans la démarche de prévention, la peur n'est pas intéressante pour elle-même. Le recours à l'induction de la peur n'a d'intérêt que par les effets provoqués sur le récepteur.

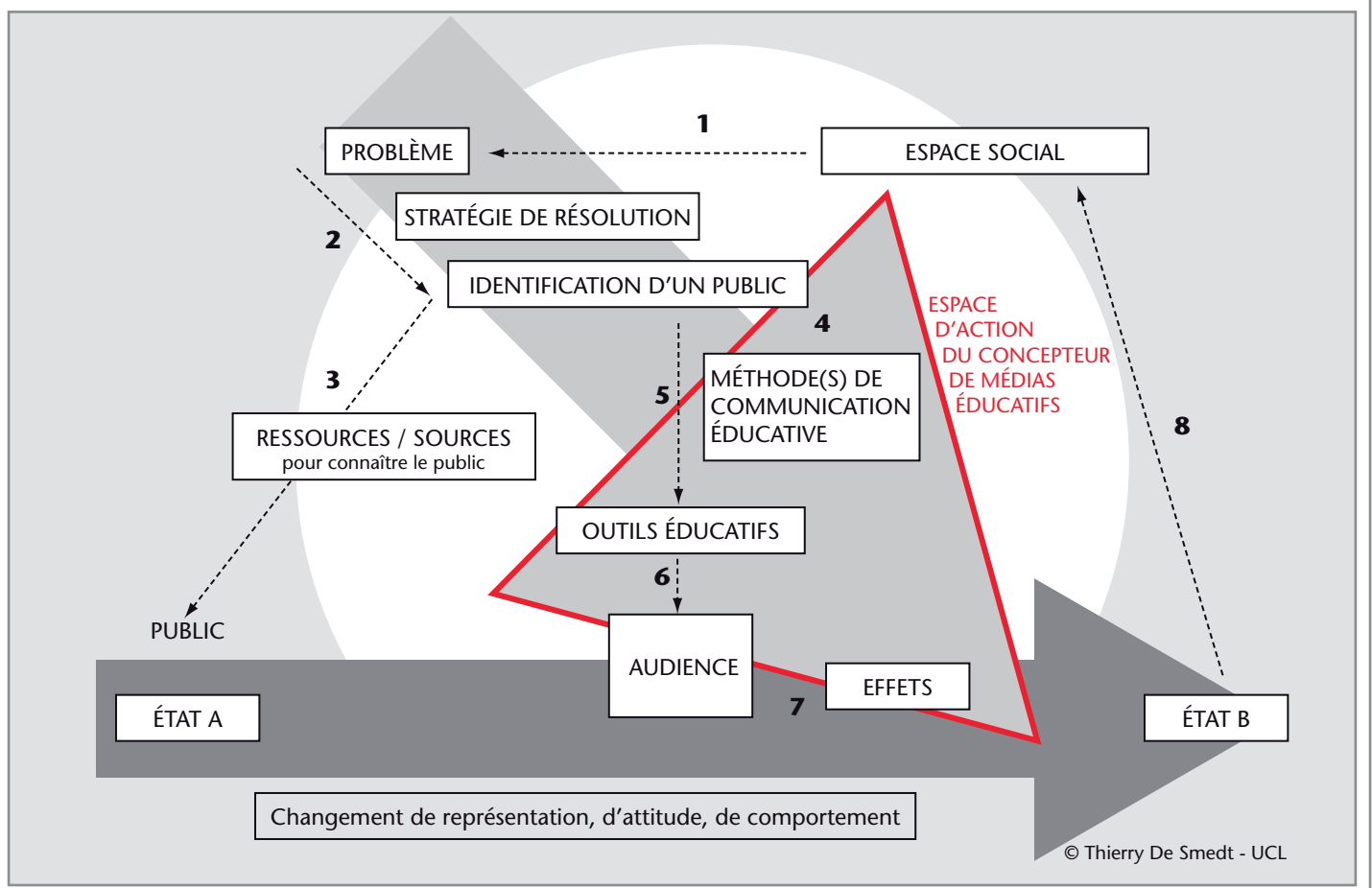
Le problème, c'est que face à un danger perçu, différentes réactions du récepteur sont possibles. Cela peut le pousser à agir dans le sens souhaité, mais cela peut aussi le paralyser ou le pousser à une action contre-productive à travers le déni, par exemple.

Heureusement, des recherches en psychologie (socio)logie ont pu montrer quels facteurs apparaissent comme les plus déterminants

dans la réaction à une menace. Pour utiliser la peur « à bon escient », il est donc utile pour le concepteur de se référer à un modèle issu de ces recherches pour encadrer précisément le message en fonction de ces facteurs. Ces travaux (voir par exemple le modèle PMT ci-contre) battent en brèche certaines idées reçues et parfois profondément ancrées, comme celle voulant qu'un message « choc » est supposé avoir plus d'impact, et donc être plus efficace, qu'un message moins percutant.

Cela montre aussi que dans tous les cas, le facteur déterminant est la nécessité de proposer au récepteur une parade à la situation indésirable qui lui est présentée : effrayer le

récepteur est totalement inopérant si le message ne lui montre pas, en même temps, comment il peut contrôler la source de la menace. Autrement dit, ce n'est pas parce qu'une affiche de sécurité routière montre en gros plan un visage atrocement mutilé par un impact sur le pare-brise qu'elle est efficace, mais parce qu'en même temps elle propose au récepteur une solution efficace et crédible pour l'éviter : la ceinture de sécurité. Mais cela suppose que la ceinture est perçue comme efficace par le public visé, ce qui nécessite une bonne connaissance de celui-ci.



Cette dimension doit donc faire partie des éléments pris en compte lors de la conception de campagnes : ce sont des éléments facilitateurs ou des contraintes pesant sur le processus éducatif, faisant intégralement partie du public et des hypothèses qui peuvent être formulées quand à son « fonctionnement », et à ce titre, sont à prendre en compte.

Il ne faut pas considérer que ces éléments « pèsent » sur l'efficacité de la campagne (au sens de considérer que de néfastes principes puritains empêcheraient les concepteurs de médias édu-

catifs d'atteindre leurs objectifs), mais il faut privilégier ce qui semble le plus efficace compte tenu des contraintes. Ces contraintes d'acceptabilité font pleinement partie des données du problème, et à ce titre doivent être envisagées du point de vue de l'efficacité éducative de la campagne.

En effet, dans le cas contraire, le risque d'être contre-productif est important. Ainsi, lorsque le 13 décembre 2006 la RTBF effraie bon nombre de téléspectateurs en annonçant l'indépendance de la Flandre, la question de l'acceptabilité du procédé (ici, à travers un débat déontologique) a évincé, voire rendu impossible, chez une partie des téléspectateurs l'effet éducatif de l'action (à savoir sensibiliser aux conséquences possibles d'une scission du pays). Autrement dit, il vaut mieux parfois adopter une approche différente plutôt que tenir à tout prix à une approche « par la peur » si celle-ci n'est pas acceptée/acceptable socialement (par exemple, refus de diffuseurs, de subsides, etc.).

Si notre contribution ne prétend nullement dire quand ou pourquoi l'induction de la peur est acceptable, nous espérons que le cadrage de la question dans une méthode de conception aidera le lecteur à sortir du « piège » dans lequel nous pousse parfois le débat sur ces questions, à savoir une polarisation visant à opposer induction de la peur et inefficacité (supposée).

Baptiste Campion, Membre du Groupe de Recherche en Médiation des Savoirs



Cette affiche faisant la publicité pour un film (sans doute dans les années 20) fait appel à la peur en désignant une menace susceptible de frapper largement de façon assez indistincte, en indiquant la cause du danger, les 'avariés' syphilitiques qui se cachent dans la population.

La peur est supposée pousser le spectateur à aller voir le film, qui lui donnera les clés pour se protéger du danger.

On constate qu'une solution est proposée, mais que cela se fait en définissant une catégorie 'repoussoir', un peu comme l'ont fait les premières campagnes sur le sida.

Si le message est susceptible d'avoir l'effet escompté quant au comportement qu'on cherche à provoquer, il a aussi une influence directe sur la manière dont les malades seront perçus, et pose à ce titre clairement un problème social (Collection du GReMS).

OUTIL

Cannabis : en parler aux ados

Guide pratique pour des activités de prévention à l'école

Description de l'outil

Illustré par des questions posées par des jeunes sur le site internet Ciao (www.ciao.ch), ce guide pédagogique part aussi bien des besoins des adultes que de ceux des jeunes. En trois parties distinctes mais reliées entre elles par des renvois, il donne des informations sur le cannabis

et sa consommation, propose des fiches pratiques pour des animations de prévention en classe et offre des pistes pour dialoguer avec des jeunes chez qui on soupçonne une consommation de cannabis.

Les objectifs du promoteur sont : faciliter l'introduction du thème de la consommation du

(GReMS), Assistant au Département de Communication, Université catholique de Louvain

Adresse de l'auteur : ruelle de la Lanterne Magique 14, 1348 Louvain-la-Neuve.

Tél. 010 47 28 06. Fax. 010 47 30 44.

Courriel : baptiste.campion@uclouvain.be.

Internet : www.uclouvain.be/comu

Bibliographie

[1] de Hemptinne A-G., *L'induction de la peur comme stratégie éducative : comment mettre en œuvre les dispositifs d'énonciation dans une affiche de prévention ? Etude de cas : la sécurité routière*, Mémoire de licence (Th. De Smedt promoteur), Faculté des sciences économiques, sociales et politiques (Département de communication), Université catholique de Louvain, 2004.

[2] Tarpataki C., *La peur comme stratégie éducative dans les médias de prévention*, Mémoire de licence (Th. De Smedt promoteur), Faculté des sciences économiques, sociales et politiques (Département de communication), Université catholique de Louvain, 2002.

[3] De Smedt Th., *Atelier de conception et d'évaluation de médias éducatifs (COMU2286)*, cours du Département de communication, Université catholique de Louvain, 2000-2007. http://didac.comu.ucl.ac.be/Medias_educatifs/

[4] Prentice-Dunn S. et Rogers R.W., « Protection Motivation Theory and preventive health : beyond the Health Belief Model », *Health Education Research*, vol. 1, n°3, 153-161, 1986.

[5] Meunier J-P. et Peraya D., *Introduction aux théories de la communication*, De Boeck Université, Bruxelles, 2004 (seconde édition), pp. 155-364.

Cet article est une version légèrement remaniée d'un article intitulé « L'usage de la peur dans les médias de prévention : repères méthodologiques » paru dans *Education du patient et Enjeux de Santé*, vol. 25 n°2, 2007, pp. 39-44 et reproduit avec son aimable autorisation.

(SFA / ISPA), Case postale 870, 1001 - Lausanne, Suisse. Tél : 021 / 321 29 11. Fax : 021 / 321 29 40. Courriel : info@sfa-isp.ch. Commande en ligne sur <http://www.sfa-isp.ch>

L'avis de la Cellule d'experts de PIPSa

La cellule d'experts de l'Outilthèque-santé¹ gérée par le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes, a octroyé la mention « coup de cœur » à cet outil (mars 2007).

Appréciation globale

Clair, aéré et bien structuré, ce dossier pédagogique allie informations et support pour l'ani-

mation, favorisant la réflexion individuelle et l'échange collectif entre élèves, autour de la consommation du cannabis. Les informations, nourries de situations et questions de jeunes postées sur le net, sont brèves, complètes et nuancées.

L'outil présente une approche intéressante et non stigmatisante autour du produit et de la notion de dépendance. Les activités proposent une manière originale/innovante d'envisager la prévention du cannabis, en ne se focalisant pas sur le produit et sa consommation mais sur l'acquisition des compétences psychosociales (tout en identifiant le lien de l'activité avec la consommation de cannabis). Cadrant tout en laissant beaucoup de liberté, les activités permettent un aller-retour individu/collectif et placent le jeune comme acteur. Le dossier ne comporte malheureusement aucune référence bibliographique, ni de propositions de ressources ou de liens.

Le modèle d'intervention proposé permet d'engager une réflexion sur une politique d'établisse-

ment par rapport à la consommation occasionnelle ou répétée de cannabis par des élèves. Il serait cependant intéressant de prévoir plus tôt l'intervention d'une personne extérieure.

Objectifs de l'outil

Prendre connaissance d'informations sur le cannabis, sa consommation et la notion de dépendance.

Permettre aux jeunes de s'interroger vis-à-vis de leur propre consommation de cannabis et de prendre position par rapport à cette thématique.

Stimuler l'acquisition de compétences psychosociales.

Public cible

13 à 20 ans

Utilisation conseillée

Adapter l'outil au contexte légal belge et mettre en lien avec les acteurs belges.

¹ Pour une description de l'Outilthèque et du fonctionnement de la cellule d'experts, voir SPIECE C., La Cellule d'experts de l'Outilthèque-santé, paru dans *Education Santé*, n° 172, septembre 2002. Lire aussi du même auteur *Quels outils en promotion de la santé ?*, *Education Santé* n° 210, mars 2006. L'Outilthèque se trouve exclusivement sur le site <http://www.pipsa.org>.

LU POUR VOUS

Usage de drogues

Depuis 2001, Citadelle asbl organise des séances de partage de pratiques autour des assuétudes. L'ensemble des interrogations des professionnels et des pistes de réponses d'experts a été réuni dans un livre intitulé 'Usage de drogues : des professionnels vous en parlent'. Il s'adresse aux professionnels mais aussi au grand public.

Un Midi Santé de l'Observatoire de la Santé du Hainaut présentait récemment l'ouvrage et la démarche du réseau. « *Il était urgent de prendre le temps de réfléchir...* » Voilà comment le **D^r Nadine Van den Broeck**, de la maison médicale de Tournai résume le projet. « *Nous nous sommes mis à organiser la réflexion après avoir beaucoup agi au sein de Citadelle* », explique-t-elle. « *Nous avons donc rassemblé nos questions et invité une série d'experts à des tables rondes.* »

La réflexion est née simultanément au passage d'une époque de 'haut seuil' vers une époque de 'bas seuil' pour la prise en charge du patient. « *Au début* », explique-t-elle, « *nous avions en tête une dégression dans l'usage de drogues. C'était avant l'époque de la prévention des risques. C'était avant tout ce que les patients nous ont appris. Aujourd'hui, nous répondons à la demande de substitution, nous rassurons le patient. Nous posons les doigts sur la prescription en deman-*

dant comment ça va à part ça, et là la communication peut s'enclencher. »

Au fil du temps, les tables rondes vont brasser la problématique des assuétudes, actualiser les connaissances, faire se rencontrer les points de vue.

L'ouvrage comprend cinq grandes rubriques : les familles, les jeunes et les nouveaux usages de drogues (en ce y compris le 'net' et les jeux), les thérapies de substitution (la situation géographique du réseau permet de développer les différences Belgique-France), le sevrage et une dernière section consacrée à des thérapies plus marginales ou alternatives (il y est question par exemple des groupes d'entraide). Des experts s'expriment aussi, au fil des pages, sur des sujets complexes comme le lien entre la psychose et la toxicomanie, l'état des lieux des connaissances en matière de neurotransmetteurs, la substitution et ses 'dérapages'.

Un des points de vue développés concernant ces dérapages souligne que la présence de méthadone en rue (donnée ou vendue) permet à certains, qui ne seraient pas allés la chercher en cabinet ou en centres spécialisés, de l'approcher et d'entamer par la suite une démarche de demande de substitution.

L'ouvrage 'Usage de drogues' est issu d'une collaboration avec le réseau ALTO (Alternatives aux

Toxicomanies) de la Société scientifique de médecine générale. La particularité du réseau Citadelle est d'organiser ses consultations de manière décentralisée. Celles-ci se déroulent dans quatre lieux, deux maisons médicales et deux services de santé mentale. Les patients y sont reçus (par les médecins, psychologues, assistants sociaux) comme des patients parmi d'autres, à part entière.

Citadelle travaille avec tout usager de produit psychotrope ou toute personne de l'entourage qui formule une demande. Le champ d'action 'assuétudes' est perçu comme étant indissociable des difficultés psychologiques et des problèmes sociaux. Citadelle travaille ainsi aujourd'hui sur deux axes complémentaires : la prévention (en collaboration avec Canal J) et le soin psychomédico-social (par la coordination de quatre institutions de soins ambulatoires).

L'expérience acquise au contact d'usagers de drogues, particulièrement des héroïnomanes, a amené l'équipe du réseau à réfléchir à des stratégies de prévention primaire et secondaire. Interpellés par le monde des enseignants et des travailleurs sociaux confrontés aux jeunes consommateurs de produits stupéfiants, les travailleurs ont élargi leurs actions et se sont engagés dans des réflexions et des actions à leur égard. Sont ainsi menés des programmes de prévention dans

les milieux de vie des jeunes (écoles, institutions de placement et d'hébergement, internats, maisons de jeunes, clubs sportifs, chapiteaux, dansings, quartiers...). Autant que possible, l'équipe privilégie le travail en groupe avec les membres d'une même institution de manière à pouvoir réfléchir ensemble à une approche adaptée.

On soulignera que les conférences qui ont mené à l'ouvrage 'Usage de drogues' se poursuivent. Tout professionnel y est le bienvenu. Citadelle collabore étroitement avec les hôpitaux, les généralistes (notamment les membres de ALTO), les différents partenaires de la ville, les pharmaciens, etc.

Usages de drogue, des professionnels vous en parlent, pratiques partagées autour des assuétudes, Ed. Luc Pire, 2007, 144 pages, 14 euros. Site internet : www.citadelle-asbl.org

Véronique Janzyk, Observatoire de la Santé du Hainaut

Comportements à risque des enfants et adolescents

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) met à la disposition des promoteurs de programmes de prévention ou de promotion de la santé des enfants d'âge scolaire une synthèse de la littérature scientifique et technique internationale sur les interventions de prévention des comportements à risque et leurs modalités d'application.

Ce référentiel de bonnes pratiques 'Comportements à risque de santé : agir en milieu scolaire - Programmes et stratégies efficaces' s'adresse aux personnes qui sont à l'initiative de la conception et de l'implantation de programmes de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire, et, au-delà, à tous ceux qui interviennent dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de ces programmes.

Il identifie les moyens efficaces pour prévenir les comportements à risque et contribuer ainsi à réduire leur fréquence et la gravité des traumatismes ou pathologies qui pourraient en découler, sans pour autant supprimer toute prise de risque.

En effet, l'enfance et l'adolescence sont des périodes d'expérimentation, associées à des comportements à risque : violence dirigée contre soi ou contre les autres, usage nocif de substances psycho-actives, expériences de comportements dangereux sur les routes ou durant les loisirs, comportements sexuels à risque...

Permettre aux enfants d'acquérir des compétences favorables à leur santé

L'école est le lieu par excellence d'ancrage des programmes de promotion de la santé et de prévention des conduites à risque. Ces programmes permettent aux enfants d'acquérir des compétences favorables à la santé (développement de compétences sociales, émotionnelles et cognitives) en utilisant des méthodes interactives s'inscrivant dans la durée. Ils favorisent la création d'un environnement propice à leur mise en pratique. Ces comportements, qui sont des facteurs de protection vis-à-vis des comportements à risque, sont aussi des vecteurs de réussite à l'école.

Proposer des stratégies de prévention reconnues

Ce recueil se structure en deux parties autour de six chapitres.

La première décrit les étapes et éléments du développement des enfants et des adolescents, les comportements considérés comme à risque et les facteurs qui influencent et déterminent ces comportements.

L'autre partie propose des stratégies de prévention reconnues comme efficaces ainsi que les ressources utiles à l'élaboration des interventions.

'Comportements à risque de santé : agir en milieu scolaire', sous la direction de Martine Bantuelle et René Demeulemeester, Ed. INPES, 2008, 132 p.

Ouvrage disponible gratuitement sur demande auprès de l'INPES (edif@inpes.sante.fr), Service diffusion, 42 boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex.

DONNÉES

Le Tableau de bord de la santé en Communauté française

Le Tableau de bord 2007 de la santé en Communauté française est paru en février dernier. Il dresse un état des lieux de la santé et est destiné à servir d'outil d'aide à la décision, à la formulation de priorités et de politiques de santé. Il met en évidence un manque de données nécessaires à l'amélioration des politiques et actions en matière de promotion de la santé. Réalisé par le Service communautaire en promotion santé SIPES (Service d'Information Promotion Education Santé, Ecole de Santé Publique de l'ULB), avec le soutien de la Communauté française, le Tableau de bord est basé sur les six priorités définies par le Plan Communautaire Opérationnel (PCO) de 2005. Ces six priorités

correspondent aux six cahiers développés dans le rapport :

- dépistage du cancer du sein ;
- promotion de la vaccination ;
- prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles ;
- lutte contre la tuberculose ;
- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité ;
- santé cardio-vasculaire.

Chacune des six thématiques sera développée dans les prochains numéros d'Education Santé. « Nous avons choisi de documenter chacune des six priorités définies par le PCO en nous basant sur les données existantes en Communauté fran-

çaise, de les mettre en perspective en leur donnant une vue et une interprétation qui soient à la fois globales et synthétiques, explique Isabelle Godin, coordinatrice SIPES. Pour chacune des thématiques abordées, nous avons tenté de connaître l'état de santé de la population et ce qui est réalisé en Communauté française. Nous avons cherché à savoir s'il existe des différences, par exemple, entre les plus jeunes et les plus âgés, entre les hommes et les femmes, quelle est l'influence du milieu social d'appartenance, quelles sont les politiques et les actions développées par la Communauté française et ce qu'il est possible de mettre au point pour les améliorer. »

L'ensemble des auteurs des différents chapitres

sont bien conscients des difficultés que soulève ce découpage thématique, car il peut donner l'impression d'aller à l'encontre d'une approche globale de la santé et de limiter la compréhension de toute sa complexité. « Toutefois, l'approche de santé communautaire décrite dans le PCO souligne bien le lien entre la santé et ses déterminants, en mettant en évidence l'importance des structures et des acteurs, ainsi que la réduction des inégalités sociales de santé. Ce sont également les buts poursuivis par les auteurs du rapport. »

Le cadre conceptuel

La conception, la structure et le contenu des différents cahiers ont été élaborés à partir d'un cadre conceptuel qui se voulait pertinent pour les six thématiques abordées, tout en donnant une vue globale et relativement simple de la santé et de ses déterminants.

Ce cadre conceptuel se base sur une analyse situationnelle (photographie de santé) et recherche en amont des facteurs ayant pu influencer ou déterminer en partie le constat épidémiologique présenté dans le Tableau de bord. « Les facteurs sont essentiellement des facteurs socio-économiques, démographiques ou culturels, des facteurs plus individuels qui relèvent des décisions et des comportements (liés ou non directement à la santé) et des facteurs environnementaux. A cela viennent s'ajouter les politiques et les différents acteurs institutionnels. Les données sont présentées de manière à pouvoir mieux évaluer et comprendre l'importance relative des différentes thématiques de santé présentées mais également, dans la mesure des données disponibles, de manière à permettre les comparaisons dans le temps ou avec d'autres régions ou pays. »

Des données incomplètes

Les données disponibles dans le Tableau de bord sont surtout des données quantitatives qui ont le mérite de fournir des appréciations chiffrées, mais qui reflètent une situation de façon souvent résumée. Elles gagnent à être complétées

par des données plus qualitatives et plus décentralisées géographiquement.

En effet, le Tableau de bord fait apparaître un manque de données. « Pour chaque thématique abordée, les données disponibles sont parcellaires, souvent incomplètes et parfois anciennes. Il est donc important de les mettre à jour. » Le manque d'informations et de données concerne notamment les populations marginales ou marginalisées souvent ciblées de manière prioritaire par les politiques et les actions de promotion et de prévention. « Ce constat résulte vraisemblablement de la difficulté d'accéder à ces populations. On relève aussi une quasi-absence de données disponibles concernant la qualité des interventions mises en place. Peu d'informations transparaissent également au niveau des stratégies d'action (action communautaire, participation des populations concernées à la réalisation des actions, etc.) développées dans la mise en place des interventions relatives à ces problématiques. Ces déficits, s'ils sont particulièrement le fait de populations socialement défavorisées, peuvent avoir des conséquences évidentes sur l'estimation de l'évolution des inégalités sociales. »

Comme le souligne Isabelle Godin, les indicateurs de santé sélectionnés doivent pouvoir répondre idéalement à des qualités de pertinence, de validité, de précision, d'exhaustivité et de comparabilité. « Idéalement donc, la sélection des indicateurs de santé devrait précéder l'identification et la définition des priorités. C'est l'ambition que nous avons pour le futur : fournir des données relatives à la santé qui puissent aider à l'identification de priorités et ouvrir la place à de réelles stratégies communautaires de promotion de la santé. »

Amélioration de la santé et inégalités sociales

Le Tableau de bord fait apparaître une amélioration de l'état de santé physique des personnes vivant en Communauté française. « Cette amélioration s'appréhende principalement par le biais d'informations disponibles concernant, notam-

ment, la mortalité et la morbidité spécifiques aux thématiques développées dans le Tableau de bord. Néanmoins, cette disponibilité présente un caractère plus ou moins parcellaire et actualisé selon les thématiques abordées. »

Par ailleurs, les inégalités sociales de santé restent importantes. « Pour chaque thématique, nous constatons d'importantes disparités sociales de santé. Il est important de répéter qu'en fonction du milieu social d'appartenance, les individus sont plus ou moins en bonne santé et qu'il n'y a pas de fatalisme par rapport à ça. Cela signifie qu'il y a encore énormément à faire pour réduire les disparités sociales de santé, d'autant plus que nous vivons dans un pays relativement riche et que ces inégalités sont dès lors inacceptables. »

Une large utilisation

« Les acteurs de la santé et du champ social doivent pouvoir utiliser ce document dans un sens large car il dépasse le domaine stricto sensu de la santé », précise encore Isabelle Godin. Aussi, le Tableau de bord s'adresse-t-il en priorité aux décideurs et aux acteurs de la promotion de la santé, que ceux-ci soient impliqués dans l'action des centres locaux de promotion de la santé, des observatoires, du monde associatif et/ou politique.

Propos recueillis par **Colette Barbier**
GODIN I., De SMET P., FAVRESSE D., MOREAU N., PARENT F. (eds), Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2007.

Il peut être commandé gratuitement à la DG Santé de la Communauté française (02 413 26 34), chez SIPES ULB (02 555 40 81) et dans les 9 centres locaux de promotion de la santé.

Il peut aussi être téléchargé en PDF aux adresses suivantes : www.sante.cfwb.be (voir en haut à droite sur la page d'accueil) et www.ulb.ac.be/esp/sipes (onglet Publications).

BRÈVES

Formation

Liège

15 septembre 2008 au 20 février 2009

Le CERES, Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé de l'Université de Liège organise un nouveau cycle de formations intégrées en **communication** pour la **santé** (CAPS) et **l'environnement** (ECOCOM) du **15 septembre 2008** au **20 février 2009**.

Ces formations poursuivent les **objectifs** suivants :

- promouvoir la santé et l'environnement dans la

perspective du développement durable en utilisant des moyens de communication appropriés ;

- maîtriser les outils de la recherche d'emploi ;
- améliorer sa connaissance de soi et sa confiance en soi ;
- découvrir les réseaux de la promotion de la santé et de l'ErE.

Ces formations gratuites, d'une durée de 21 semaines, sont destinées à des personnes sans activité professionnelle.

Séance d'information : mercredi 3 septembre 2008 à 10h.

Séance de sélection : vendredi 5 septembre 2008 à 10h.

Un second cycle de formations aura lieu de janvier à juin 2009.

Renseignements : CERES, Université de Liège, Place Delcour 17, Bât. L1, 4020 Liège. Tél.: 04 366 90 60.

Fax : 04 366 90 62. Courriel : steceres@ulg.ac.be.

Site web : www.ceres.fapse.ulg.ac.be.

Formations organisées avec le soutien du Fonds social européen, du Forem, de la Région wallonne et de la Communauté française.

Alcool-drogues-milieu de travail

Bruxelles

16 et 23 septembre 2008

L'asbl Santé et Entreprise propose une formation 'Alcool et autres drogues au travail'.

Public-cible : représentants syndicaux, membres du service GRH, du service du personnel, du service social, du service médical, du SIPPT...

Prix : 120 € en cas de prise en charge par l'entreprise, 100 € en cas de prise en charge individuelle.

Un module d'approfondissement 'Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème ?' sera organisé les 14 et 21 octobre, 4 novembre 2008 et 13 janvier 2009.

Renseignements : Santé et Entreprise ASBL, rue Mercelis 27, 2^e étage, 1050 Bruxelles. Tél./fax : 02 215 61 45. Courriel : info@sante-entreprise.be. Site : www.sante-entreprise.be.

Alcool

Ath

19 septembre 2008

De plus en plus d'organismes travaillant dans le secteur des assuétudes relèvent que l'alcool devient un phénomène qui tend à s'accroître.

En effet, nous constatons une nette augmentation de la consommation d'alcool dans notre société, l'âge du premier verre étant de plus en plus précoce. Nous constatons également que les différentes formes de consommation d'alcool sont encore largement acceptées dans la plupart des groupes sociaux. Cette acceptation semble par ailleurs être favorisée par la publicité et les opérations de marketing. De plus, le cadre législatif n'est encore que très peu défini.

C'est face à ces différents constats qu'une « *Première matinée introductive à la prévention et l'accompagnement des dépendances à l'alcool* » sera organisée le 19 septembre 2008 au RHMS d'Ath. Les dépendances à l'alcool seront appréhendées comme un phénomène pouvant toucher tout un chacun à n'importe quel moment de sa vie.

Ainsi, cette problématique recouvrera les thèmes suivants : Syndrome d'alcoolisation fœtal : l'alcool et les jeunes; l'alcool sur le lieu de travail; la prise en charge des dépendances; l'alcool et les seniors.

Renseignements et inscriptions : CLPS-HO, rue de Cordes 9, 7500 Tournai. Tél : 069 22 15 71. Fax : 069 23 52 50. Courriel : christelledecobecq@yahoo.fr

Toxicomanie

Montréal

22, 23 et 24 octobre 2008

En Belgique, en France, en Suisse, au Québec, ou ailleurs dans la francophonie, les pratiques cliniques en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes présentent des similitudes, mais aussi de nombreuses différences. Par exemple, la palette des médicaments disponibles s'élargit, inégalement selon les pays, nous renvoyant à la question du traitement le mieux adapté à la situation de chacun des patients. Par ailleurs, l'organisation des services, la nature et la place des interventions menées par les pairs-aïdants, la gestion des effets indésirables, le traitement des

co-morbidités, le soulagement de la douleur, les modalités d'intervention psychosociale et le soutien à l'insertion sont autant de questions abordées de façon singulière en fonction des contextes nationaux, voire régionaux.

En dépit de cette multiplicité d'approches, il existe des questionnements communs, qui rendent l'échange international nécessaire. C'est donc dans le but d'échanger pour enrichir mutuellement nos pratiques, que nous vous invitons à participer au Premier colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes.

Ce colloque s'adresse à l'ensemble des intervenants francophones ou francophiles (médecins, pharmaciens, personnel infirmier, intervenants psychosociaux, pairs-aïdants, etc.) intéressés par le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

Pour tout renseignement sur le colloque, voir le site www.txsubstitution.info, ou courriel à ericfabres@info-sam.qc.ca.

Tabac

HORECA sans tabac

Cette année, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, la Coalition nationale contre le tabac a lancé une pétition pour un secteur HORECA totalement sans tabac (c'est déjà le cas dans les restaurants, mais pas encore dans les cafés et discothèques de notre pays). Une modification de la législation est donc nécessaire, et attendue du monde politique, la Belgique pouvant ainsi rejoindre les 14 pays européens qui ont franchi le pas (les Pays-Bas sont le dernier en date depuis le 1^{er} juillet). Une campagne d'affichage 'Osons la fête sans tabac' et 'Pour un HORECA totalement sans tabac' appuie ce travail de lobbying.

La majorité des non-fumeurs applaudiront, les fumeurs sentiront un peu plus le poids de la relégation. En tout cas, plus de 12.000 internautes avaient déjà signé la pétition le 31 mai.

Internet : www.stop.be

Exit la Fondation Rodin

La Fondation Rodin a été mise en liquidation. Cette asbl devait recevoir chaque année 1.850.000 euros de l'industrie du tabac. Son principal contributeur, Philip Morris, a cessé de payer sa part en 2004, estimant contribuer suffisamment par les accises sur ses produits. Débouté en première instance, le numéro 1 mondial du tabac a obtenu gain de cause en appel, ce qui a eu raison de la Fondation Rodin.

Appels à projets

Prévention cardiovasculaire

Nouvel appel à projets de la Fondation Roi Baudouin sur le thème 'Bien-être et santé du cœur auprès de la population défavorisée'.

La Ministre de la Santé de la Communauté française et la Fondation Roi Baudouin ont décidé de collaborer pour encourager des initiatives de promotion de la santé qui touchent spécifiquement des groupes de personnes socialement et économiquement défavorisées. L'objectif principal est de sensibiliser les intervenants locaux à

développer une approche « santé » et « qualité de vie » avec différents secteurs : promotion de la qualité de vie et des habitudes saines, social, médico-social, éducatif, de la santé, culturel, économique, environnemental, etc.

La promotion de la santé cardiovasculaire est une des priorités de la Communauté française. C'est pourquoi cet appel soutiendra des projets locaux qui favorisent l'adoption et le renforcement d'habitudes de vie saines au sens large auprès des populations fragilisées. Après deux appels lancés par la Fondation autour de l'alimentation saine, les projets soutenus cette fois devront porter sur deux autres facteurs de risque importants des maladies cardiovasculaires : le tabagisme et/ou le manque d'activité physique. Mais, bien entendu, sans exclure d'aborder en plus d'autres thématiques telles que le stress, la consommation problématique d'alcool, l'image de soi ou même l'alimentation.

Les projets viseront spécifiquement la population adulte, en priorité les femmes et les jeunes parents, des groupes socialement et économiquement défavorisés. Les associations et institutions du secteur non-marchand et les institutions publiques suivantes pourront introduire un dossier et recevoir un soutien financier :

- associations du champ social ou socio-éducatif (asbl, projets d'économie sociale, services d'intégration, d'éducation permanente et d'insertion socioprofessionnelle, maisons d'accueil, maisons de quartier, centres d'action sociale, services d'aide à la jeunesse...);
- acteurs locaux de santé et de promotion de la santé (centres de santé, dispensaires, maisons médicales, services ONE, associations de professionnels de la santé, associations de promotion de la santé);
- services d'aide et de soins à domicile;
- associations sportives;
- pouvoirs publics locaux (communes, CPAS, missions locales, services de prévention);
- responsables de milieux de vie spécifiques (centres pénitentiaires, centres de réfugiés...).

La sélection sera effectuée par un jury indépendant présidé par le D^r Lonfils (DG Santé), qui appliquera les critères suivants :

- l'originalité et le caractère novateur du projet;
- la plus-value sociale du projet;
- la participation active de la population bénéficiaire;
- le développement d'un partenariat comprenant au minimum un acteur ne relevant pas directement du secteur de la santé ou de la promotion de la santé;
- les éléments montrant que le projet peut s'inscrire dans le temps;
- le caractère transposable du projet au-delà de ses initiateurs;
- les capacités des partenaires réunis à réaliser le projet;
- la faisabilité opérationnelle du projet (plan de travail, calendrier, modalités de travail en commun, moyens humains et financiers).

L'appel est doté d'un budget de 125.000 euros pour récompenser des microprojets ou un volet spécifique de projets plus importants, avec maximum 10.000 euros par projet retenu.

Les candidatures sont attendues pour le 16 septembre 2008 au plus tard.

Dossier de candidature téléchargeable sur le site www.kbs-frb.be. Il peut aussi être obtenu au 070 233 065 ou par courriel adressé à proj@kbs-frb.be (référence 2008-11350).
Pour des informations spécifiques : Cécile Bédoué, CAP Cœur, tél. 02 555 40 94, courriel cbeduwe@ulb.ac.be.

Maladie d'Alzheimer

Nouvel appel à projets de la Fondation Roi Baudouin sur le thème 'Comment mieux côtoyer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ?' La Fondation soutiendra des projets qui permettent à des personnes qui ont des contacts occasionnels avec les personnes atteintes de démence d'améliorer leur relation avec elles que ce soit dans les relations professionnelles ou dans la vie courante. L'appel veut également susciter des initiatives favorisant l'intégration des personnes atteintes de démence et l'interaction entre elles et le monde qui les entoure. L'appel est doté d'un budget de 150.000 euros qui pour récompenser des projets locaux à petite échelle (5.000 euros maximum) et des projets de plus grande envergure (25.000 euros maximum). Les candidatures sont attendues pour le 30 septembre 2008 au plus tard.

Dépliant et formulaire téléchargeables sur le site www.kbs-frb.be. Ils peuvent aussi être obtenus au 070 233 065 ou par courriel adressé à proj@kbs-frb.be.

Parentalité

Catherine Fonck, Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, lance un site Internet, « www.parentalite.be », destiné aux nombreux professionnels actifs dans le domaine du soutien à la parentalité.

Assistants sociaux, travailleurs médico sociaux de l'ONE, enseignants et directeurs d'établissements, centres PMS, écoles de devoirs, professionnels de l'Aide à la jeunesse, lieux de rencontre parents-enfants, milieux d'accueil 0-3 ans, mouvements associatifs, extra-scolaire... tous ces professionnels engagés au quotidien dans l'accompagnement des enfants et des familles trouveront dans ce nouveau site un outil essentiel à l'exercice de leurs activités.

Il contient une base de données de plus de 250 initiatives de soutien à la parentalité. Elles sont détaillées par fiches reprenant l'action, ses objectifs, les moyens mis en œuvre pour les réaliser, le mode de subventionnement ainsi que les coordonnées complètes. Cette mine d'informations fournit aux internautes une recherche rapide via un moteur de recherche simple et rapide d'accès.

Les professionnels trouveront également sur www.parentalite.be de nombreux textes de référence, une bibliographie, ainsi que des articles de fond sur le soutien à la parentalité.

Quatrième Enquête de santé

La nouvelle Enquête de santé par interview réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) et la Direction générale statistique et information économique, avec le soutien de toutes les instances politiques

compétentes en matière de santé, vient de démarrer. Les résultats issus de cette enquête permettent d'orienter les décisions en matière de politique de santé et d'en évaluer les effets au sein de la population. Les données obtenues conduisent par exemple à mener des campagnes d'information, à adopter des mesures de prévention collective pour certaines maladies, à faciliter l'accès à certains traitements ou à investir certains secteurs d'aide et de soins à la population. L'enquête vise à interroger 11.250 personnes à travers le pays. Elle commencée en mai 2008 et se poursuivra durant toute une année.

Pour ce faire, environ 6.000 ménages sont tirés au sort dans 159 communes belges. L'enquête, de grande envergure, s'adresse à tous les citoyens, sans distinction d'âge, de nationalité ou d'état de santé. Tout ménage inscrit au Registre national est donc susceptible d'être sollicité dans le courant de l'année 2008. D'un point de vue pratique, les ménages tirés au sort reçoivent un courrier officiel leur expliquant les objectifs et le déroulement de l'enquête et les invite à y participer. Ensuite, un enquêteur ou une enquêtrice agréé(e) prend contact avec ce ménage afin de convenir d'un rendez-vous pour une interview à domicile.

Les premiers résultats de l'Enquête 2008 devraient être disponibles dès la fin de l'année 2009.

Nous ne manquerons pas d'y revenir.

Des informations supplémentaires et les résultats des trois enquêtes précédentes (1997, 2001, 2004) peuvent être consultés sur le site de l'Institut scientifique de santé publique à l'adresse suivante : <http://www.iph.fgov.be/epidemia/epifr/index4.htm>.

Publications

Addictions

L'Unité UCL-RESO publie un nouveau dossier technique qui vise à dégager les bonnes pratiques et les critères de qualité pour la prévention des addictions chez les adolescents. Il livre en outre une réflexion préalable à cet exercice.

(1) Quel distinguo opère-t-on entre assuétudes, addictions et dépendances ?

(2) Que visent les acteurs qui préviennent : l'abstinence, la consommation responsable, le sevrage ?

Ces clarifications sont essentielles pour évaluer l'efficacité des interventions. Les évaluations systématiques dans ce secteur restent rares et se heurtent à la complexité des facteurs en jeu et à la nécessité d'une évaluation des impacts à long terme. En dépit de ces difficultés, divers critères de qualité d'une intervention efficace sont dégagés. Ce dossier est illustré par des interventions développées en Belgique francophone.

Tous les dossiers techniques sont téléchargeables à l'adresse : www.uclouvain.be/reso-dossiers.html. Ils peuvent aussi être commandés (participation aux frais de 12€) via le service de documentation RESOdoc auprès de Karine Verstraeten, UCL-RESO RESOdoc, av. Mounier 50 Centre faculté -1, 1200 Bruxelles.

DOUMONT D., ROUSSEL S., *Quelle efficacité dans la prévention des addictions chez l'adolescent ?*, dossier technique n°49, avril 2008.

Médicament

'L'empire du médicament - la résistance s'organise'. Vous aurez compris que le dossier du nouveau numéro de *Santé conjugulée* n'a pas vraiment été sponsorisé par l'industrie... Dix articles pour vous énerver, ou aussi vous donner des raisons d'espérer une information plus objective en la matière.

Santé conjugulée, n°44, avril 2008. Disponible au numéro (individuel 8,68 euros / institutionnel 11,16 euros + port), ou par abonnement (individuel 29,75 euros / institutionnel 54,54 euros - prix pour la Belgique).

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, boulevard du Midi 25 boîte 5, 1000 Bruxelles. Tél.: 02 514 40 14.

Contact santé

Le dernier numéro de la revue du Groupement régional de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais consacre son dossier aux 'Maladies chroniques - partage ou juxtaposition d'expériences ?'. Parmi les nombreux sujets abordés plusieurs traitent de l'éducation thérapeutique du patient. La relation au travail, la fin de vie, le 'disease management', le partenariat entre professionnel et patient sont aussi évoqués. Un tour d'horizon de qualité!

Contact Santé n° 225, février - avril 2008. Vente au numéro : 3 euros. Abonnement pour la Belgique : 1 an à 26 euros, 2 ans à 46 euros.

GRPS, 235 av. de la Recherche BP 86, 59373 Loos Cedex. Courriel : contact.sante@grps-npdc.fr.

Notre prochain numéro paraîtra début septembre. Bonnes vacances!

Avis aux impatients



Vous pouvez prendre connaissance d'*Education Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.

Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF. Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.

Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

Dossier. La santé des migrants

Introduction

Migrants et santé : pour des actions de proximité adaptées, *Elodie Aïna Stanojevich*

Migrants : un état de santé fragilisé par le déracinement
La santé des étrangers : une question politique, *Didier Fassin*
Accompagner les migrants face aux effets du déracinement et de l'exil, *Arnaud Vèisse*
Migrants âgés : le drame du double exil, *Omar Hallouche*
Repères sur la santé des migrants, *Elodie Aïna Stanojevich, Arnaud Vèisse*

Des stratégies pour promouvoir la santé des migrants
Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants, *Olivier Bouchaud*
Les médiateurs communautaires de santé, trait d'union entre professionnels et migrants, *Emmanuel Ricard*
Education pour la santé des migrants : à quelles conditions ? *Patrick Lamour*

Santé globale, diabète, tuberculose : des exemples d'actions de proximité

Comédie : des consultations pour promouvoir la santé des exilés, *Guy Delbecchi, Florence Rouleau Favre, Khalda Vescovacci*
La place des associations de migrants dans la prévention du sida, *Catherine Chardin*
Une éducation diététique adaptée aux habitudes culturelles des patients diabétiques, *Dorothee Romand, Nadine Baclet*
En Seine-Saint-Denis, une équipe mobile pour détecter la tuberculose, *Dolorès Mijatovic*
Pour en savoir plus, *Olivier Delmer, Sandra Kerzanet*

Rubriques

Qualité de vie

« Les espaces santé jeunes, un réseau national qui se développe et se fédère », entretien avec *Geneviève Noël*
A Besançon, une maison-refuge pour les adolescents en rupture, *Denis Dangaix*
Une Permanence Accueil Jeunes à l'écoute du mal-être des adolescents, *Denis Dangaix*

International

Bruxelles : un programme communautaire dans les quartiers défavorisés, *Bruno Vankelegom*



Comment les enseignants tunisiens conçoivent la santé, *Sameh Hrairi*

Enquête

Améliorer les conditions de vie affective et sexuelle des SDF, *Dolorès Pourrette, Anne Laporte, Erwan Le Méner, Nicolas Oppenheim*

Santé à l'école

Rhône-Alpes : la protection sociale enseignée dans les lycées via Internet, *Mathilde Moradell, Gilles De Angelis*

Education du patient

Promotion de la santé : quel rôle pour le médecin généraliste ? *Jean Laperche*

Lectures

Olivier Delmer, Céline Deroche, Elisabeth Piquet

Index 2007

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.

Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr*

www.educationsante.be

Visitez notre site internet! Nous y avons stocké en texte intégral plus de 1000 articles parus dans la revue depuis le n° 155 en janvier 2001. Vous pourrez y trouver un article en cherchant par nom d'auteur, par numéro de parution, par rubrique, et par mots présents dans le texte (un ou deux mots, ensemble ou s'excluant l'un l'autre). Simple et efficace... Vous y trouverez aussi un agenda mis à jour toutes les semaines.

Sommaire

Initiatives

- 'Diabolo-Manques', histoire d'une évaluation, par *Sophie Grignard et Chantal Vandoorne* 2
- La Mutualité chrétienne du Hainaut oriental se bouge pour le sport!, par *Carole Feulien* 4
- L'espoir de vaincre la malaria, par *Marie-Agnès Leplaideur* 7
- Scinder les soins de santé ?, par la *Plate-forme santé et solidarité* 8

Réflexions

- Usage de la peur et médias de prévention : quelques repères méthodologiques, par *Baptiste Campion* 9

Mortalité générale et causes de décès en Communauté française en 2004 11

Outil

- Cannabis : en parler aux ados 18

Lu pour vous

- Usage de drogues, par *Véronique Janzyk* 19
- Comportements à risque des enfants et adolescents 20

Données

- Le Tableau de bord de la santé en Communauté française, par *Colette Barbier* 20

Brèves

21

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02-246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Carole Feulien.

Journalistes : Colette Barbier, Carole Feulien, Véronique Janzyk.

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be)

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock,

Alain Deccache, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.700 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.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 51. 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).

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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