



**Inégaux devant
les caprices
du climat**

Pascale Dupuis

Initiatives

Conceptions de la santé chez les immigrants québécois

Linda Binette, Ph.D, Pierre Sercia Ph.D

Introduction

La diversité culturelle, dans le contexte migratoire canadien actuel, est de plus en plus difficile à contourner pour la résolution de problèmes relatifs à l'état de santé de la population et pour la réalisation de projets du domaine de la santé publique.

Cette hétérogénéité pourrait même entraîner une remise en question des certitudes qui jusque-là guidaient les décideurs en matière de promotion de la santé^{1,2}. Ainsi, nous souhaitons établir un état de la situation quant aux conceptions que les immigrants ont de la santé. Selon l'OMS³, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition bien connue fait ainsi état d'une vision intégrée et globale de la santé qui implique une série de facteurs qui ont une influence sur le bien-être, dont l'environnement physique et social. La santé découlerait donc des interactions et d'un équilibre entre les diverses dimensions de la personne : physique, sociale et émotionnelle, mentale et spirituelle. Il est indéniable que chacune de ces dimensions interagit avec les autres. Plusieurs études ont aussi été réalisées quant aux dimensions inhérentes à la santé et à ses représentations, certaines d'ordre général^{4,5,6,7}, d'autres plus spécifiques

en fonction de l'âge^{8,9,10,11,12}, mais très peu de constats ont été effectués sur la population immigrante. Cette étude exploratoire a pour objectif d'établir des constats qui pourront servir à émettre des suggestions quant aux pratiques de promotion de la santé chez la population immigrante à partir des conceptions qui en seront dégagées. Nous pouvons présumer que les conceptions de la santé ont des incidences au niveau de l'adoption de saines habitudes de vie^{13,14,15}. Notons à cet effet qu'à leur arrivée au Canada, les immigrants jugent leur état de santé bon, très bon ou excellent dans des proportions plus élevées que ne le font la moyenne des autres Canadiens. Cependant, cette appréciation tend à se transformer négativement au cours du temps : selon les données longitudinales provenant de cycles de 1994 à 2003¹⁶, les immigrants récents sont les Canadiens les plus susceptibles de déclarer un changement de leur état de santé de très bon ou excellent à passable ou mauvais. Afin d'amorcer un processus de

changement potentiel, il est donc primordial d'identifier et de tenir compte de leurs conceptions de la santé^{17,18,19}.

Méthodologie

Notre étude est exploratoire et descriptive. L'échantillon est composé de 130 immigrants en situation d'intégration linguistique au sein de Centres de francisation de Montréal. Cet échantillon est composé d'hommes (38 %) et femmes (62 %) âgés de 19 à 55 ans. Ces personnes provenaient de l'Amérique du Sud (31 %), l'Europe de l'Est (15 %), l'Asie du Sud-est (16 %), du sous-continent indien (8 %), de la Chine (5 %) et de l'Afrique du Nord (3 %). Plusieurs détenaient 15 ans ou plus de scolarité (52 %), 16 % avaient 13 à 14 ans de scolarité et 32 % n'avaient que 12 ans ou moins de scolarité. La plupart résidaient au Québec depuis peu : 28 % depuis 1 an et moins, 26 % depuis 2 à 4 ans, 19 % depuis 5 à 9 ans et 27 % résidaient depuis plus de 10 ans. Aussi, 79 % des répondants vivaient en couple et 66 % avaient des enfants.

1 Gravel, S. et Battaglini, A. *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux, 2000.

2 Renaud, L. et Thoeur, C. Les représentations sociales : un vecteur clé des interventions en santé publique. *Santé publique*, 2007; 19(5) : 43-58

3 OMS. La santé selon l'OMS, 2011. Sur internet : www.pedagogie.ac-amiens.fr/svt/sante/page%201.htm (consulté le 7-12-2011)

4 Eberst, R. Defining health : A multidimensional model. *Journal of school health*, 1984; 54(3) : 99-104.

5 Gosselin P., Bolduc D., et al., *Santé environnementale au Québec. Bases théoriques et pratiques*. Publications du Québec.

6 Greenberg, J. S. Health and Wellness : A Conceptual Differentiation. *Journal of School Health*, 1985; 55(10) : 403-406.

7 Millstein, S.G. et Irwin, C.E.J. Concepts of health and illness : different constructs or variations on a theme. *Health Psychology*, 1987; 6 : 112-126

8 Ahlawat, K.S. et Baydoun, E. Perceptions of health concept among Jordanian High school students. *Quarterly of community health education*, 1985; 5(2) : 32-43.

9 Hanna, K.M., Jacobs, P.M. et Guthrie, D. Exploring the concept of health among adolescents with diabetes using photography. *Journal of pediatric nursing*, 1995; 10 : 112-121.

10 Jutras, S., Tremblay, R.E. et Morin, P. La conception de la santé chez des garçons de 14 à 16 ans de milieu défavorisé. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 1999; 31(3) : 28-42

11 Jutras, S. et Bisson, J. La conception de la santé chez des enfants de 5 à 12 ans. Quelques clés pour la promotion de la santé. *Sciences sociales et santé*. 1994; 12 : 16-21

12 Shiloh, A. et Waiser, R. Adolescent's concepts of health and illness. *International Journal of adolescent medicine and health*, 1991; 5 : 111-122

13 Cockerham, W.C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 2005; 46 : 51-67

14 Desilets, M.C., Garrel, D. et Couillard, C. Ethnic differences in body composition and other markers of cardiovascular disease risk : study in matched Haitian and white subjects from Quebec. *Obesity*, 2006; 14(6) : 135-142.

15 Godin, G. Le changement des comportements de santé. Dans Fisher, G.F. (éd.) *Traité de psychologie de la santé*, 2002.

16 Statistiques Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Gouvernement du Canada, 2007.

17 Agence de la santé publique du Canada. *Amélioration des compétences en santé publique*, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/index-fra.php> (consulté le 21-11-2011).

18 Lamour, P., Brixi, O. *Éducation pour la santé - Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives*, 2002. Sur Internet : www.ep3jomots.net/_admin/.../EducationPourSante/EP3conceptions.pdf (consulté le 21-11-2011).

19 Sanmartino, M. Des cultures, des conceptions, de la santé : le cas de la maladie de Chagas. *Actes JIES XXIV Giordan, Martinand, Raichvarg*. 2002; 54-60.

Quant au type d'emploi, 34 % étaient professionnels, 25 % étaient manuels non qualifiés, 16 % étaient manuels qualifiés, 19 % dans la vente ou services et 6 % étaient aux études ou n'avaient jamais travaillé.

Les sujets ont été rassemblés par groupes de 6 afin de participer à des entrevues semi-dirigées où les questions relatives à la santé ont été posées devant tout le groupe. Il est possible dans un « focus group » qu'un répondant influence la réponse d'un autre. Cependant, chaque personne fut invitée à s'exprimer librement sur chaque question et à formuler ses propres réponses. Il est reconnu que les « focus groups » sont de bonnes méthodes pour recueillir les données servant à l'observation et à la compréhension d'un phénomène et pour recueillir des perceptions, des croyances, des attitudes etc.^{20,21}

Nous avons analysé les deux questions suivantes :

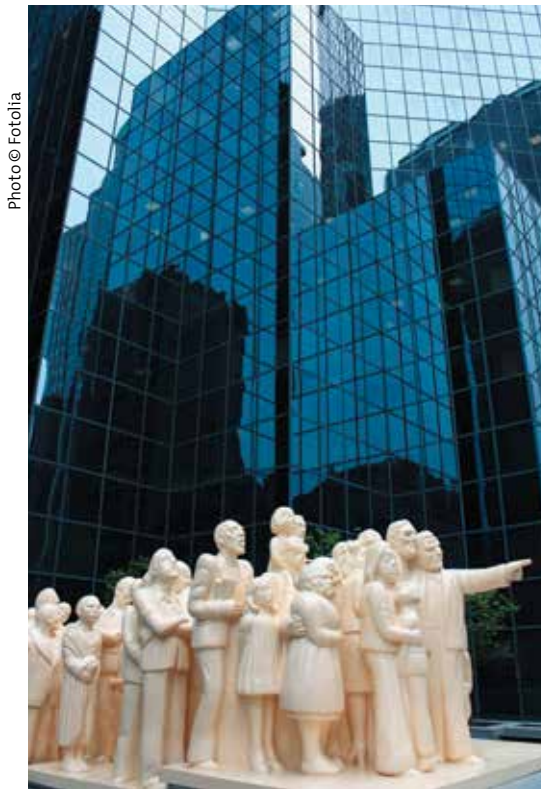
Ça veut dire quoi pour vous la santé ou être en santé ?

Vous considérez-vous comme des personnes en santé ? Pourquoi ? Que faites-vous pour être en santé ?

Par une analyse des contenus de discours rigoureuse, nous avons dégagé le sens des réponses dans une perspective d'objectivité des données informationnelles. Cette activité prospective lors du traitement de l'information donne lieu à un codage qui consiste à reconnaître dans telle donnée informationnelle la catégorie dont elle fait partie²².

Nous avons déterminé 9 catégories pertinentes en lien avec la recension des études portant sur la conception de la santé : santé affective et sociale ; santé fonctionnelle ; santé mentale et bien-être ; santé physique ; santé curative et système de santé ; complet état de santé et de bien-être (définition de l'OMS) ; santé environnementale ; santé spirituelle ; santé écologique et santé habitudes de vie.

Nous avons ensuite effectué le décompte fréquentiel des catégories en nous servant du logiciel Nvivo, qui permet l'analyse de



'La foule illuminée', Raymond Mason, Montréal

données qualitatives et dont il existe une version en français. Plusieurs réponses contenaient des éléments différents et faisaient l'objet d'une classification dans plus d'une catégorie.

Analyse des résultats

Nous avons relevé 301 occurrences qui nous permettent de cerner les tendances. D'après ces résultats, la catégorie « habitudes de vie » revient le plus

souvent. À peu près ex-aequo viennent ensuite les catégories « santé physique » et « santé mentale et bien-être ». Suivent les catégories « santé fonctionnelle » et « santé affective et sociale ». Les catégories ayant obtenu le moins d'occurrences sont : « santé curative et système de santé », « santé environnementale », la définition s'apparentant à celle de l'OMS (équilibre entre divers aspects), la « santé spirituelle » et la « vision écologique de la santé ». Il est intéressant de constater qu'une grande majorité des personnes lie intimement les habitudes de vie aux autres considérations sur la santé : physique, sociale, émotionnelle, mentale et spirituelle.

Nous remarquons aussi que ces participants démontrent qu'ils se donnent un certain pouvoir quant à leur santé et à son maintien. Nous pouvons présumer qu'un certain degré de scolarité relevé pour une bonne majorité des répondants est certainement relié à ce sentiment d'« empowerment » quant à leur santé^{23,24}. De plus, une autre dimension à considérer et qui pourrait expliquer ce fait est que dans certains pays il y a un manque quant aux services de santé accessibles à tous. Certains sujets ont mentionné que plusieurs services de santé existent dans

Quelles conceptions de la santé ? (occurrences et pourcentage par catégorie)

Catégories	Occurrences	Pourcentage
Habitudes de vie	88	29
Santé affective et sociale	18	6
Santé fonctionnelle	34	11
Santé mentale et bien-être	62	20,6
Santé physique	68	23
Santé curative et système de santé	9	3
Santé environnementale	8	2,7
Santé spirituelle	4	1,3
Santé vision écologique	2	0,7
Complet état de santé et de bien-être (OMS)	8	2,7

²⁰ Greenbaum, T.L. *The Practical Handbook and Guide to Focus Group Research*. Lexington, Massachusetts : D. C. Heath and Company, 1998 ; 202-234.

²¹ Thackeray, R., Neiger B. L. Misconceptions of Focus Groups : Implications for Health Education Practice. *American Journal of Health Education*, 2004 ; 35(4), 214-219.

²² Mucchielli, R. *L'analyse de contenu*. Éditions ESF : Issy-les-Moulineaux, 2006 ; 175-187.

²³ Anderson, R. F., M. Patient empowerment : Myths and misconceptions. *Patient Education and counseling*, 2010 ; 79 (3) : 277-282.

²⁴ Jutras, S., Tremblay, R.E. et Morin, P. La conception de la santé chez des garçons de 14 à 16 ans de milieu défavorisé. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 1999 ; 31 (3) : 28-42

leur pays mais dans plusieurs cas, ils sont très coûteux et réservés à ceux qui en ont les moyens. Quant à la situation au Québec, quelques personnes ont mentionné les longs délais pour consulter un médecin et la difficulté à trouver un médecin de famille comparativement à ce qui se passait dans leur pays. De plus, l'analyse des discours ne montre pas que la mention santé curative intimement liée aux soins de santé soit prédominante quant aux conceptions de la santé. Ces participants s'attribuent donc un grand pouvoir quant au maintien de leur santé. Il faut aussi ajouter qu'une très grande majorité des répondants se considèrent comme étant en bonne santé. La majorité des répondants savait donc faire le lien entre le fait d'avoir de saines habitudes de vie et la santé.

Fait intéressant, les personnes interrogées mentionnaient la santé mentale et le bien-être comme étant presque aussi importante que la santé physique dans leurs conceptions de la santé. À ce sujet, les problèmes de stress dus aux difficultés d'adaptation, à l'inquiétude de ne pouvoir se trouver un travail au Québec, aux divers rôles et responsabilités à assumer sont souvent mentionnés. Il y a même certains professionnels qui ont parlé de leurs profondes frustrations de n'être pas reconnus au Québec dans leur domaine professionnel. Une fois que la période d'intégration sociale, durant quelques années, est dépassée, certains répondants (particulièrement ceux d'Amérique du Sud et Centrale) disent vivre moins de stress ici à cause d'un climat moins empreint de violence.

La santé environnementale et la vision écologique sont des dimensions qui sont peu mentionnées. Depuis un certain nombre d'années, les professionnels de la santé préconisent une vision élargie et incluent le concept de santé et environnement dans leur programme de promotion de la santé. L'environnement au sens large comprend le milieu physique mais aussi les conditions économiques, les structures sociales, etc.²⁵ Il est maintenant reconnu que la qualité de l'eau, de l'air et des sols

a une grande influence sur la santé des gens. Les participants qui ont relevé ce fait et qui ont mentionné la santé environnementale dans leurs conceptions de la santé ont indiqué qu'il y avait moins de problèmes à ces niveaux que dans leur pays et disaient que leur santé s'était améliorée ici notamment parce qu'il y avait moins de pollution de l'air que dans leur pays (Mexique, Colombie, Chine...).

Les immigrants récents sont les Canadiens les plus susceptibles de déclarer un changement de leur état de santé de très bon ou excellent à passable ou mauvais. Afin d'amorcer un processus de changement potentiel, il est donc primordial d'identifier leurs conceptions de la santé et d'en tenir compte.

Plusieurs personnes ont aussi mentionné qu'elles appréciaient les espaces verts au Québec, les parcs, les pistes cyclables et les possibilités de loisirs. Il existe aussi des facilités de transport qui n'existaient pas toujours dans leur pays. Le manque de temps dû à la nécessité d'aller à l'école pour apprendre le français et se qualifier ici, la recherche d'emploi et les responsabilités familiales et de travail sont par contre des obstacles pour bénéficier de tout cela et par exemple, de pratiquer des loisirs et de l'activité physique (certains mentionnent une certaine détérioration à ce niveau d'où une baisse de la forme physique et la prise de poids).

Conclusion et perspectives

Cette étude nous a permis de recueillir des informations pertinentes quant aux conceptions de la santé chez les immigrants. Nous croyons que ces constats peuvent

servir à influencer les pratiques tant au niveau des interventions en matière de santé que dans l'élaboration de programmes d'éducation et de promotion de la santé. Il est intéressant de constater que les immigrants interrogés ont mentionné que les habitudes de vie sont intimement liées à leurs conceptions de la santé. Nous pouvons présumer que leurs représentations culturelles leur donnent un certain pouvoir quant à leur santé et à son maintien. De plus, même s'ils ne sont pas exclusifs à ces populations, le stress, les diverses obligations familiales et le manque de temps sont des éléments à considérer dans l'analyse de la situation. Ce qui est particulier chez ces immigrants, c'est que de forts défis d'adaptation à la nouvelle société sont à considérer. Ainsi, des formules de soutien sociocommunitaire peuvent être envisagées en tenant compte de leurs réalités. Une mise en place de moyens adaptés à ces populations qui visent aussi à l'établissement de réseaux avec la société d'accueil est également à envisager. Dans une perspective d'éducation pour la santé, nous recommandons de cerner ces conceptions initiales des immigrants si l'on veut qu'un changement puisse survenir dans une perception, une habitude de vie et un comportement^{26, 27, 28}.

Cela s'avère d'autant plus vrai en mode de prévention de la santé lorsqu'une personne ne voit pas tout à fait la nécessité de changer²⁹. Bien entendu, cela demande plus de temps de la part des divers intervenants qui ne peuvent répondre à cette dimension par manque de temps et de ressources. C'est alors qu'il faut penser à divers moyens pour aller rejoindre les gens si possible dans leur milieu en créant des alliances avec les écoles, les bibliothèques, les milieux de travail, les cliniques, les lieux communautaires etc. Il s'agit de permettre aux gens de développer leur autonomie pour faire des choix éclairés tenant compte de leurs valeurs et de leur milieu de vie. Une éducation à la santé renouvelée donnerait une place importante à l'individu et à la collectivité comme agents agissant sur leur santé. De plus, puisque

²⁵ Gouvernement du Canada. *La santé et l'environnement au Canada : un lien naturel*. Santé et Bien-être Canada, 1992.

²⁶ Godin, Gaston. Le changement des comportements de santé. Dans Fisher, G.F. (éd.) *Traité de psychologie de la santé*, 2002.

²⁷ Giordan, A. (2011). Les conceptions de l'apprenant comme tremplin pour l'apprentissage... 1992. Sur Internet : www.ldes.unige.ch/publi/rech/concep/concep.htm (consulté le 28-11-2011)

²⁸ Turner, L. La sensibilité culturelle est-elle une manifestation d'insensibilité ? *Le médecin de famille canadien*, 2005 ; 51 : 167-173

²⁹ Hyman, I. J., B. L'effet immigrant en santé : Un phénomène temporaire ? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 2010 ; 17.

ces dimensions n'étaient pas souvent mentionnées par les participants lors de notre étude, une éducation envers la santé

environnementale et une perspective et vision écologique serait aussi souhaitable et serait à développer. Enfin, toutes ces

dimensions pourraient tendre vers la notion d'équilibre, relationnelle, plus holistique et systémique visée par l'OMS.

Le marketing à l'épreuve de l'éducation permanente

Des outils pour décrypter

Charlotte Sax et Denis Mannaerts, Cultures&Santé

Dans le cadre de son programme d'éducation permanente, Cultures&Santé réalise des outils d'animation et de réflexion qui ont notamment trait à notre société de consommation. À travers la déconstruction de mécanismes qui y sont à l'œuvre, ces supports permettent à tout citoyen d'appréhender le monde avec un nouveau regard. Coup de projecteur sur les deux kits pédagogiques *Des slogans dans nos assiettes* et *Tentations en rayons*.

De l'éducation permanente dans une société de consommation

Dans une société qui pousse à la consommation telle que la nôtre, le marketing¹ est incontournable. Que ce soit dans l'espace public ou dans nos foyers, il participe à la création de nouveaux besoins, fait croire que l'on peut accéder à un monde idéal par la simple consommation d'un produit, contribue à l'hégémonie de certaines normes sociales quand il ne participe pas à leur création... Son but est de vendre. En accaparant le consommateur, en éveillant sa curiosité, en déclenchant en lui des émotions, en élaborant des modèles de référence, les publicités (le bras armé du marketing) s'inscrivent en chacun de nous, créent en nous une mémoire subconsciente des produits facilitant notre passage à l'acte : l'achat. Les dispositifs en place ne nous laissent pas souvent le temps d'analyser l'offre, ni celui de mettre en lien cette offre avec nos véritables besoins ou envies. Le consommateur se trouve ainsi pris dans une spirale de tentations. À travers la création de ces deux outils pédagogiques, la volonté de Cultures&Santé est de soutenir tout professionnel



de la culture, du social, de la santé et de l'éducation qui travaille avec un public de jeunes et d'adultes et qui souhaite amener, au sein de ses animations- formations, une réflexion critique sur le marketing, le marchandisage² et la publicité. Ces kits entendent fournir des clés de compréhension des stratégies commerciales par le biais de mises en situation réflexives. Les professionnels pourront utiliser ces supports d'animation auprès de tout type de public, en ce compris les personnes maîtrisant difficilement la langue française.

Des slogans dans nos assiettes

Que ce soit explicite ou plus implicite, la santé est omniprésente dans les publicités alimentaires. Valeur cardinale, elle est utilisée allègrement par les annonceurs. Faites l'expérience suivante : installez-vous devant votre téléviseur juste avant le JT du soir et comptez, au moment du 'tunnel publicitaire', le nombre de messages s'appuyant sur la santé pour vous vendre un produit alimentaire. *Bon pour la santé, riche en vitamines, naturellement sain...* Vous obtiendrez certainement un chiffre important.

Le kit d'animation *Des slogans dans nos assiettes* rassemble une série de planches illustrées par de fausses publicités de produits alimentaires tout aussi imaginaires. Il permet, à travers les pistes d'animation proposées, de poser un regard analytique sur ces publicités. L'annonceur ne nous vend pas uniquement un produit alimentaire, il nous vend du plaisir, de la convivialité, de la praticité, de l'éthique, des idéaux... Après avoir décrypté les types d'arguments qui entrent en jeu dans la construction et la valorisation d'un produit, le parcours d'animation amène à cerner la manière dont la santé est

¹ Marketing : ensemble des actions ayant pour objet d'analyser le marché présent ou potentiel d'un bien ou d'un service et de mettre en œuvre les moyens permettant de satisfaire la demande ou, le cas échéant, de la stimuler ou de la susciter. *Le Petit Robert de la langue française, 2009*

² Marchandising ou marchandisage : ensemble des techniques de présentation de marchandises s'appuyant sur l'analyse du comportement des consommateurs et visant à accroître l'écoulement des produits sur les points de vente. *Le Petit Robert de la langue française, 2009*



exploitée. Ainsi, elle peut l'être de manière évidente en présentant un message axé sur le principe supposé actif d'un aliment. Par exemple : un yaourt vendu comme facilitant le transit intestinal.

Elle peut l'être aussi en axant explicitement un message sur une teneur en nutriment du produit alimentaire. Le consommateur fait alors lui-même le lien entre le produit et des recommandations socialement valorisées. Par exemple : consommer de la vitamine C permet de lutter contre la fatigue. Enfin, certains messages de santé sont implicites voire subliminaux. La publicité ne fait pas de lien direct entre le produit alimentaire et la santé, néanmoins le produit comme ceux qui le consomment 'respirent' la bonne santé. Évoquons ici les boissons aux arômes fruités dont on illustre la composition par des fruits frais et entiers. Au final, le fait d'amener une vision globale de l'alimentation, de l'appréhender comme un déterminant de la santé parmi d'autres et d'analyser certains mécanismes publicitaires facilite la perception de cette publicité comme réductrice et simplificatrice.

Tentations en rayons

Autre expérience éclairante : faites un tour de votre supermarché sans rien y acheter et prêtez une attention particulière aux éléments que le distributeur met en place pour vous tenter. Votre regard croisera d'innombrables produits, qui ne sont pas disposés là par hasard, qui sont peu ou prou mis en lumière.

L'espace est mis en scène, le parcours est organisé de manière réfléchi tout comme les rayons. Les promotions et démarques fleurissent à gauche et à droite. L'ambiance du magasin est étudiée de sorte à mettre tous vos sens en éveil. Certains produits sont extraits de leur emplacement habituel pour être proposés couplés, associés. Des aliments vendus individuellement sont placés près des caisses, alors qu'en tête de gondole on retrouvera des promotions de formats économiques. Enfin, les moments de forte affluence seront l'occasion de proposer dégustations et démonstrations...

Si on la considère comme la production de savoirs sociaux et critiques, la démarche d'éducation permanente autour des thématiques liées à la consommation a tout à fait sa place dans les stratégies de la Charte d'Ottawa.

Autant de ressorts pour vous tenter. *Tentations en rayons* se compose de plusieurs éléments qui peuvent être exploités en groupe avant, après ou même pendant une visite de supermarché. Parmi ceux-ci, un plan de supermarché et 13 blocs *rayon* qui peuvent être utilisés par les participants pour reconfigurer le magasin

qu'ils auront pu observer. Un ensemble de cartes illustrées permet par ailleurs d'ouvrir le débat sur les différentes techniques commerciales à l'œuvre.

L'optique que nous prenons est celle de créer un espace de discussion en partant des expériences des participants et de leur réflexion sur le merchandising de la grande distribution afin qu'ils soient mieux outillés pour y faire face et qu'ils abordent, pourquoi pas, certains choix différemment.

De la promotion de la santé dans une société de consommation

La Charte d'Ottawa cite le renforcement des aptitudes individuelles parmi les cinq stratégies à déployer pour promouvoir la santé. Si on la considère comme la production de savoirs sociaux et critiques, la démarche d'éducation permanente autour des thématiques liées à la consommation y a tout à fait sa place. On ne peut nier que le marketing intensif a une influence directe sur nos modes de vie, sur nos représentations sociales et sur l'échelle de valeurs qui les détermine. Cela doit donc être pris en compte au sein des projets d'éducation pour la santé. Par exemple, animer pour promouvoir une alimentation saine peut s'avérer moins efficace si les liens avec ce contexte d'économie de marché et de consumérisme sont absents.

Il s'agit donc d'inscrire son action de promotion de la santé dans ce contexte sociétal particulier mais aussi de se donner le temps d'engager des processus pédagogiques permettant de prendre conscience du monde dans lequel nous évoluons et de cerner ce que nous pouvons changer individuellement et collectivement. C'est ce que Cultures&Santé tente modestement de susciter en vous proposant ces différents supports. Ceux-ci sont disponibles au centre de documentation de Cultures&Santé (www.cultures-sante.be) et dans les différents CLPS.

Cultures&Santé, rue d'Anderlecht 148, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 558 88 10. Fax : 02 520 51 04. Courriel : info@cultures-sante.be

Informations sur la santé : quelles ressources ?

Christian De Bock

Le 22 mai dernier se tenait la première agora du Réseau bruxellois des centres de documentation en promotion de la santé (RBD Santé). Une soixantaine de personnes se sont retrouvées à la Maison de quartier Malibran (près de la place Flagey à Bruxelles) pour une journée de découverte des ressources d'une quinzaine de membres du réseau.

Dans son introduction, **Mourad Benmerzouk** (CLPS Bruxelles) rappela que si les centres de documentation ont perdu leur monopole à l'heure de l'Internet, leur rôle n'en est pas moins primordial pour aider le public à s'y retrouver dans le 'chaos informationnel' régnant aujourd'hui. Ne dit-on pas à juste titre que le métier de documentaliste est maintenant de 'gérer les connaissances' plutôt que de prêter livres et revues ?

Quant à **Danielle Dombret** (Prospective Jeunesse) elle fit un bref historique du réseau, largement bénévole depuis ses débuts, qui fonctionne depuis plus de 10 ans. Pas mal ! **Bernadette Taeymans** (Directrice de

Question Santé), s'appuyant sur un document développé par son asbl dans le cadre de ses activités d'éducation permanente¹, présenta les multiples sources d'informations médicales et de santé auxquelles le consommateur de soins de santé peut s'adresser de nos jours, illustrant son propos de nombreuses citations d'utilisateurs. Se situant de l'autre côté du colloque singulier, **Benjamin Fauquert** (CEBAM, Centre belge d'Evidence-Based Medicine) présenta un formidable outil que la Digital Library for Health met à la disposition des soignants de terrain, outil qui leur permet un accès très

démocratique à des sources scientifiques de grande qualité (via les sites www.cebam.be et www.ebmpracticenet.be).

Gageons que sur base de cette première expérience, le Réseau remettra cela dans le futur, en resserrant peut-être la durée de la rencontre, sans doute un peu trop longue...

RBD Santé, www.rbdsante.be. Sur le site, vous trouverez le répertoire des membres du réseau mis à jour. Ce répertoire a pu être édité voici deux ans grâce à l'appui d'Éducation Santé (Mutualité chrétienne) et de PIPSa (Mutualité socialiste-Solidaris). Il sera sans doute réédité cet automne.

¹ Recherche d'informations médicales et santé. *Qui ? Quoi ? Où ? Pourquoi ?*, brochure de 16 pages, 2012, disponible en téléchargement sur le site www.questionsante.be

Réflexions Inégaux devant les caprices du climat

Pascale Dupuis, correspondante Éducation Santé au Québec

Un ouragan, une inondation, une canicule, un séisme ou un tsunami frappent-ils sans distinction ? On pourrait croire que, dans la violence qui la caractérise de plus en plus souvent, la nature ne fait pas de différence entre ses victimes. Pourtant, comme dans la répartition de la plupart des problèmes de santé, les facteurs socio-économiques jouent un rôle déterminant dans l'exposition aux désastres climatiques et à leurs conséquences.

Fin octobre 2012, la tempête tropicale *Sandy* atteignait la côte Est des États-Unis. Huit millions de foyers se retrouvaient sans courant, on recensait 131 morts. Vingt-trois États américains étaient touchés mais ce sont surtout les images de la ville de New-York inondée et privée d'électricité qui envahis-

saient les écrans du monde entier, à quelques jours des élections présidentielles. Quelques jours avant, dans les Antilles, en Haïti notamment, des milliers d'habitations étaient détruites sous l'effet de l'impétuosité des vents et du flot des pluies. Septante pour cent des récoltes de bananes, de café et de sucre

étaient ravagées tandis que les dégâts au réseau routier isolaient des régions entières. Dans ce pays qui peinait encore à se remettre du séisme qui l'avait secoué deux ans et demi plus tôt, le bilan est lourd : à une centaine de morts s'ajoutent les disparus et les 200 000 personnes qui se retrouvent sans abri.



Photo © Fotolia

Après le passage de l'ouragan Sandy

Philosophe des catastrophes

Près d'un an avant ces événements, le philosophe français **Pascal Acot** invité à Québec évoquait devant le public des *Journées annuelles de santé publique* les conséquences des catastrophes naturelles sur les sociétés qui les subissent. Si *Sandy* a marqué par son ampleur et sa force, il n'est que l'un des quelque 80 cyclones tropicaux que l'on dénombre dans le monde chaque année et dont la fréquence et l'importance continueront à croître tant que le problème du réchauffement climatique n'aura pas été résolu. Chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et membre statutaire de l'Institut d'histoire des sciences et des techniques, Pascal Acot étudie les vulnérabilités sociales liées aux aléas climatiques. Il s'intéresse de près au processus qui permet aux populations de se relever après un désastre, la résilience sociétale.

La capacité de rebondir

L'étymologie du mot résilience, le verbe latin *resilire*, évoque l'acte de sauter en arrière. Le concept, originellement utilisé dans le domaine de la résistance des matériaux en physique, se réfère à une idée de rebond, de retour à un état initial après un choc. C'est surtout le neurologue et psychiatre **Boris Cyrulnic** qui a développé le concept de résilience en psychologie. De ses observations des survivants de camps de concentration et des enfants vivant dans les orphelinats et dans les rues, Cyrulnic

conclut que certains peuvent renaître de leurs souffrances. Ainsi, la résilience est la capacité de recommencer à vivre après une tragédie. En fait, elle peut être vue comme « l'aptitude à transformer une expérience personnelle douloureuse en dynamique permettant d'ouvrir de nouveaux horizons et la construction ou la reconstruction »¹.

Le mystère de la résilience

Aujourd'hui encore, la résilience reste un processus mystérieux. Ceux qui s'en sortent ne comprennent souvent pas eux-mêmes comment ils ont pu surmonter le drame. Comment expliquer la résilience de l'un quand un autre, confronté à la même situation traumatisante, s'effondre ? Une multitude de facteurs peuvent favoriser la résilience. Pour Pascal Acot, « le développement et l'histoire du sujet avant le fracas donnent à un même événement un poids plus ou moins lourd ». Parmi les facteurs individuels, le chercheur cite l'estime de soi et la certitude de sa propre valeur. Il nomme aussi les facteurs familiaux et les facteurs sociaux, tels que les succès personnels et l'intégration à un groupe porteur d'un projet commun. Plus largement, les expériences constructives du passé, peut-être surtout celles de la petite enfance, peuvent avoir une valeur d'enseignement, apprenant à l'individu à faire appel aux ressources qui lui permettront de surmonter le désastre. Mais Pascal Acot souligne aussi que rien n'est jamais strictement individuel : la société est

partout présente dans la dynamique de la personnalité humaine.

La résilience, une ressource collective

Pour ce spécialiste des conséquences sociétales des aléas climatiques, « une catastrophe dite naturelle n'est pas une catastrophe en soi. Tout dépend de l'état de la société qui la subit et de ses vulnérabilités matérielles et sociales ». Comme c'est le cas pour un individu, il existe des liens étroits entre la dynamique d'une société et sa capacité à se rétablir et même à progresser à la suite d'un cataclysme. La résilience, que les acteurs de la santé connaissent surtout comme un facteur de santé individuel, peut donc aussi s'appliquer à une société entière. Elle repose alors sur des caractéristiques immatérielles telles que la mobilisation des communautés, la solidarité, l'éducation aux risques, le capital social, les services du gouvernement et l'équité sociale. Pascal Acot précise encore que « ce n'est pas la richesse, le produit intérieur brut de la société qui est décisif dans la prévention du désastre et dans la reconstruction psychologique des personnes touchées, mais la qualité des liens tissés entre les êtres humains. »

La dimension matérielle d'abord

Suite aux aléas naturels de grande ampleur, de multiples interventions sont nécessaires pour permettre la survie et plus tard la résilience. On pense spontanément aux secours directs aux sinistrés, à la sécurité des survivants, au soutien psychologique ou, à moyen terme, à la reconstruction matérielle des biens et à la réorganisation de la société. Toutes ces interventions sont utiles et nécessaires à la mise en route d'un processus de résilience. La compassion des autorités est aussi nécessaire, comme la solidarité nationale et internationale. À cet égard, la Fédération internationale des ligues des droits de l'homme vient de lancer un cri d'alarme à propos du sort des 370 000 Haïtiens vivant encore dans des camps près de trois ans après le tremblement de terre de janvier 2010². Violence, insécurité, assassinats,

¹ D'après Stefan Vanistendael et Jacques Lecomte, dans *Le bonheur est toujours possible... Construire la résilience* (2000), un ouvrage présenté dans un article de Sophie Grignard, dans *Éducation Santé*, n° 160, juin 2001.

² Claude Lévesque, *Haïti retombe dans l'oubli*, dans *Le Devoir*, 13 novembre 2012

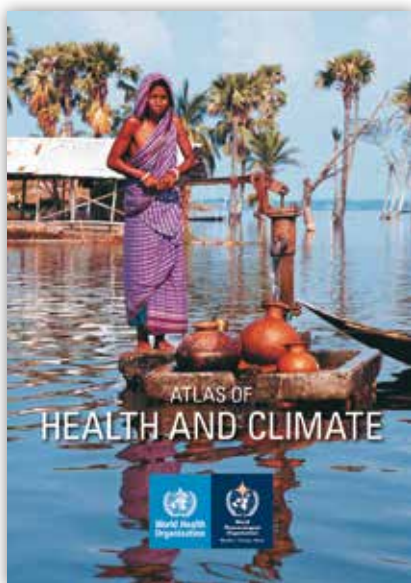
enlèvements et viols sont en hausse dans la région de Port-au-Prince, tout comme la pauvreté, l'exclusion sociale et l'insécurité alimentaire. Alors que les ONG quittent le terrain, la situation empire et contraste avec l'afflux d'aide humanitaire apportée juste après le séisme. La dernière chose dont l'île antillaise avait besoin, c'était de subir un nouveau désastre climatique. Dans ce contexte, la résilience sociétale semble particulièrement difficile, car les conditions matérielles que requiert ce processus ne sont pas réunies.

Les conditions immatérielles de la résilience

Cependant, lorsque la dimension matérielle des dégâts est prise en charge par les assurances, les collectivités et l'aide aux sinistrés, une autre reconstruction reste à opérer. Selon Pascal Acot, la dégradation ou la destruction d'une maison, la désorganisation de la vie quotidienne, même la perte d'êtres chers n'expliquent pas entièrement la détresse des victimes : « C'est comme si la catastrophe leur avait enlevé quelque chose d'essentiel qui empêcherait désormais qu'elles soient elles-mêmes tout à fait comme avant. » Les conditions profondes de la résilience seraient donc immatérielles. Le philosophe fait l'hypothèse que ce qui pose problème, c'est la question de la maîtrise humaine de la nature.

Un sentiment d'humanité diminuée

Depuis l'époque de l'*homo habilis*, l'être humain peut se définir par sa capacité à manier un outil et à se bâtir un abri, que ce soit pour se défendre des animaux sauvages ou pour se protéger des intempéries. Augmenter sa maîtrise de son environnement en fabriquant des outils et des habitats a permis aux premiers hommes de s'émanciper, bien que de manière imparfaite, des agressions de la nature. « Les êtres humains se sont constitués dans la transformation de la nature par le travail », suggère Pascal Acot. « Ce qui blesse en profondeur les victimes de catastrophes naturelles, c'est le fait de se sentir victimes de forces contre lesquelles elles ne peuvent pas



grand chose. Une catastrophe naturelle ne diminue pas l'humanité des victimes mais celles-ci se sentent affaiblies. Le fait d'avoir été incapable d'échapper au désastre et d'en protéger ses proches est particulièrement douloureux pour un être appartenant à une espèce qui s'est construite en dominant la nature. » Dans la prise en charge des victimes, il faut donc considérer la détresse et le sentiment de culpabilité de ceux qui n'ont pas pu se sentir à la hauteur de ce qu'ils croyaient être ou devoir être.

Les individus et les sociétés sont inégaux devant les conséquences des aléas climatiques et devant les conditions matérielles et immatérielles de leur propre résilience.

Inégalités sociales face aux aléas climatiques

Cela fait un certain temps maintenant que l'on sait que les conséquences du dérèglement climatique ne touchent pas les populations de manière 'équitable', ni même de manière hasardeuse. Il y a une quinzaine d'années, une canicule extrême frappait Chicago. Les autorités avaient prévu que

les températures atteindraient 46 degrés et averti les habitants de s'équiper en matériel de climatisation et de ventilation. Parmi les 730 personnes décédées en à peine quatre jours, la majorité n'avait pas pu se permettre ces investissements : « La carte de la mortalité durant la vague de chaleur recoupe celle de la violence urbaine et de la ségrégation raciale et sociale. Sur les quinze quartiers ayant le plus souffert, onze sont habités par une proportion exceptionnellement élevée de personnes qui vivent avec des revenus inférieurs à la moitié du niveau officiel de pauvreté » analysait alors le *Monde Diplomatique*³.

La répartition des victimes des dérèglements climatiques dans le monde est d'autant plus choquante que celles-ci ne font généralement pas partie de ceux qui portent la plus grande responsabilité dans les émissions des gaz à effet de serre !

Sandy aussi a choisi les plus faibles

Les événements récents montrent encore que les inégalités face au climat se marquent non seulement entre pays mais également entre groupes sociaux au sein d'un même pays, comme c'est le cas pour les inégalités sociales de santé. À New-York, une semaine après le passage de l'ouragan *Sandy* et alors que les températures approchaient zéro degrés, 40 000 personnes devaient être relogées. Plus de la moitié d'entre elles habitaient des quartiers HLM⁴. Sur l'île d'Haïti, les ravages sont considérables, bien qu'ils aient moins retenu l'attention médiatique. En plus des dégâts directs, on a constaté dans les jours suivant le drame une recrudescence des cas de choléra liés aux inondations et à la fermeture de plusieurs centres de traitement. Sans surprise, c'est dans les camps de réfugiés – ceux qui existent toujours depuis le séisme de 2010 – que le choléra est le plus virulent. Néanmoins, comme le démontre le nouvel *Atlas de la santé et du climat* (voir encadré de la page suivante), les désastres climatiques ne peuvent être considérés comme des fatalités. En tant que sociétés, nous avons le pouvoir collectif d'agir pour en prévenir les conséquences.

³ Éric Klinenberg, *Autopsie d'un été meurtrier à Chicago*, dans *Le Monde diplomatique*, août 1997

⁴ Brigitte Dusseau, *L'exaspération monte encore*, dans *Le Devoir*, le 5 novembre 2012

Par une triste ironie du calendrier, le 29 octobre dernier, alors que *Sandy* se déchaînait sur le continent américain, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation météorologique mondiale (OMM) – l'autorité des Nations Unies relative au temps, au climat et à l'eau –, lançaient conjointement leur *Atlas de la santé et du climat*.

La prévention passe par la prévision

Par ses cartes, tableaux et graphiques, l'Atlas donne des exemples concrets de la façon dont l'utilisation des informations météorologiques et climatiques peut protéger la santé publique. Un des intérêts de cette publication de 68 pages est de montrer l'emprise que peuvent avoir les sociétés sur les conséquences des désastres climatiques. L'ouvrage démontre également comment la relation

entre la santé et le climat est marquée par des facteurs tels que la pauvreté, la dégradation de l'environnement et la (mauvaise) qualité des infrastructures.

Maladies infectieuses, catastrophes climatiques et défis environnementaux

Divisé en trois sections, l'Atlas aborde d'abord les maladies infectieuses liées au climat. L'incidence de maladies telles que le paludisme, la dengue, la méningite et le choléra varie en effet de manière significative d'une saison et d'une année à l'autre, en fonction des conditions météorologiques.

La seconde section est consacrée aux catastrophes climatiques et aux urgences qui en découlent. Une prévention efficace est possible notamment par une collaboration optimale entre les services météorologiques, les services d'urgence

et les services de santé. Par exemple, on peut y lire que le nombre de morts dues à des cyclones d'intensité similaire au Bangladesh a été réduit de près de 500 000 en 1970 à 3000 en 2007.

Enfin, la publication s'attache à décrire les nouveaux défis environnementaux tels que les pollens, les radiations UV, la pollution de l'air ou le stress thermique, révélant par exemple que le passage aux énergies propres permettrait de sauver la vie d'environ 680 000 enfants victimes de la pollution atmosphérique chaque année. L'*Atlas de la santé et du climat* est en cours de traduction et sera prochainement disponible en français. La version originale anglaise peut être téléchargée à l'adresse suivante :

<http://www.who.int/globalchange/publications/atlas/report/en/index.html>

Outils Voir l'Autre

Une farde photos didactique pour éradiquer les préjugés, un outil destiné à faire émerger des stéréotypes et idées préconçues, pour en parler en classe.

Description

Matériel

Contenu de la boîte :

- 60 photographies en noir et blanc, feuilles cartonnées
- 20 personnes, trois photos de chacune : un portrait, le milieu de vie ou de travail, ses centres d'intérêt.
- 20 fiches biographiques
- Fiche « Récit de vie »
- 4 fiches de présentation schématique

- Manuel d'accompagnement de 33 pages

Concept

Des personnes de différentes origines nous font partager leur récit de vie au travers de photos.

Cet outil, par le biais de différentes démarches pédagogiques, permet de décoder, avec les jeunes, les stéréotypes et les préjugés, en travaillant sur les représentations positives et la diversité.

Objectifs

Faire prendre conscience des préjugés et des stéréotypes pour les éradiquer.
Offrir un point d'appui aux enseignants et aux travailleurs de la jeunesse préoccupés par ces thématiques.

Conseils d'utilisation

Au départ de trois photos distribuées, les élèves, en petits groupes, essaient d'élaborer des scénarios de vie. À la réception des autres photos, ils ajustent

leurs perceptions. Les fiches biographiques des personnes sont ensuite dévoilées et chaque groupe confronte ses perceptions aux récits de vie des personnes.

La biographie réelle et les trois photos reflètent, pour la classe, la distance entre ses perceptions spontanées et la réalité. Une discussion commence ensuite, guidée par l'animateur.

La farde est conçue pour être utilisée par les enseignants dans leurs classes. Elle n'est pas destinée à une branche spécifique mais il s'agit d'un outil à caractère pluridisciplinaire et donc facilement utilisable par différents enseignants. Le manuel d'accompagnement leur permet de s'approprier l'outil pour animer eux-mêmes cette activité ludique.

Bon à savoir

Des formations peuvent être données dans l'école par un animateur d'École sans racisme.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : École sans racisme, rue des Alexiens 37, 1000 Bruxelles
Tél. : 02 511 16 36.

Courriel : info@ecolesansracisme.be.

Internet : www.ecolesansracisme.be

Le CLPS de Namur, Cultures&Santé asbl et l'Outilthèque Provinciale en promotion de la santé (Namur) peuvent vous prêter cet outil.

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPSa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.



Appréciation globale

Basé sur des situations variées, actuelles et actualisables, cet outil est très cohérent et systématique. Il présente un déroulement très rigoureux, ainsi qu'une grande ouverture.

L'analyse est très nuancée. Les photos sont neutres et aptes à susciter des projections intéressantes.

Les textes sont très pertinents. Les photos sont respectueuses, dégageant beaucoup d'humanité.

Pour l'enseignant ou l'animateur, l'outil est très bien structuré, dans une gradation de variantes de plus en plus fines (expression individuelle et collective, orale et écrite, confrontation aux médias, création d'images).

L'outil propose :

- des exemples de mises en situation ;

- des fiches des résumés thématiques au sujet des faits historiques invitant à la recherche, étoffant le contenu de départ, fournissant des apprentissages concis et percutants ;
- des propositions d'activités d'extension (projet de promotion de la santé) ;
- des propositions de ressources complémentaires (livres, articles, sites Internet, personnes ressources, formation...).

Il suscite implication individuelle, identification, confiance, il permet de travailler le changement de regard avec une classe.

Un seul bémol : l'absence de procédure d'évaluation finale et d'un document de synthèse pour mettre en évidence le cheminement parcouru et les éventuels aspects à retravailler.

Objectifs

- Susciter l'émergence des représentations au sujet de l'immigration.
- Échanger et confronter les points de vues internes et externes à la classe.
- Favoriser le discernement et travailler l'apprentissage du changement de regard.

Public cible

12-18 ans et adultes.

Utilisation conseillée

Utilisation très large y compris en formations d'adultes en recherche d'emploi. Robuste, mais une plastification augmenterait la longévité.

Portrait

Chantal Vandoorne : garder le cap

Anne Le Penneec

Active depuis 25 ans dans le paysage naissant de la promotion de la santé avec sa casquette de scientifique de l'éducation, Chantal Vandoorne a pris le pli d'avancer simultanément dans l'arène politique et auprès des acteurs de terrain. Avec vigilance, méthode et pédagogie.

« Savez-vous que je passe un temps considérable dans les trains et les gares ? »

Ce matin-là, emmitoufflée dans son manteau rouge et fraîchement débarquée

à Bruxelles-Midi où nous nous sommes donné rendez-vous, elle venant de Liège

et moi de Lille, Chantal Vandoorne a l'intention de prendre l'air et de marcher jusqu'à la place de Brouckère. « *C'est facile, m'a-t-on dit. Il suffit de passer sous les voies, de s'engager sur le bon boulevard et c'est tout droit.* »

Nous nous mettons en route, le plan de Bruxelles à portée de main. C'est la troisième fois cette semaine que la directrice de l'équipe Appui en promotion et éducation pour la santé (APES) de l'Université de Liège (Ulg) se déplace dans la capitale belge pour motif professionnel. Et là énième fois qu'elle tente de relier à pied la distance qui la sépare de son lieu de rendez-vous dans cette ville. Après quinze bonnes minutes d'errance et plusieurs échappées dans des rues en travaux, nous voici sur la bonne voie. En chemin ont été évoqués Quaregnon, la commune du Hainaut qui a vu grandir cette femme volontaire, et le documentaire 'Les enfants du Borinage, lettre à Henry Storck' signé par **Patric Jean** en 1999 et qui dénonce l'extrême misère qui colle à la peau de ce territoire. « *Le vieil homme du film aurait pu être mon arrière-grand-père maternel, qui était mineur de fond* », évoque Chantal Vandoorne.

Éduquer n'est pas promouvoir

Place de Brouckère en vue. Chantal Vandoorne, bonne joueuse, concède : « *C'est vrai que c'est tout près... quand on connaît. Je me repère si mal à Bruxelles.* » Elle vit près de Liège, dont elle connaît plus d'un secret : « *Le café liégeois ne vient pas de Liège mais de Vienne, ville ennemie pendant la première guerre mondiale. De viennois il est devenu liégeois en hommage à la résistance de la ville de Liège, qui fit gagner un temps précieux aux alliés lors de la guerre 1914-1918.* »

Devant un café sans sucre, elle raconte spontanément sa scolarité facile. Sa grande aisance en mathématiques ravit sa mère. « *Elle me voyait professeur dans cette matière. Moi, j'ai pris conscience très tôt du fait que l'éducation des jeunes est essentielle. Tout naturellement, je me suis dirigée vers les sciences de l'éducation.* » Pour ce faire, la jeune femme choisit Liège et son université publique, qu'elle ne quittera plus. En sciences de l'éducation comme dans n'importe quelle discipline

scientifique, l'approche expérimentale, les modèles et la méthodologie tiennent une place de choix. L'étudiante s'en accommode très bien. Ses premiers travaux scientifiques portent sur l'évaluation des systèmes éducatifs, « *en quelque sorte les ancêtres des études PISA d'aujourd'hui qui font tellement parler d'elles* ». Jusqu'à ce qu'elle rencontre l'éducation pour la santé, de manière fortuite. « *Dans les années 80, un professeur de la faculté de médecine qui s'intéressait à l'éducation nutritionnelle s'est adressé à notre équipe de recherche pour nouer un partenariat. Certains de mes collègues actuels et moi, en tant que jeunes chercheurs, avons été désignés pour travailler sur ce thème.* »

« Je suis entrée dans ce métier avec l'idée que l'éducation devait contribuer à donner les meilleures chances à tous. Pour passer au modèle de promotion de la santé, il faut voir la nécessité de l'action collective pour faire évoluer les environnements sociétaux en plus des comportements individuels et des représentations vis-à-vis de la santé. »

L'APES voit le jour peu après. Elle est alors une fédération d'associations en promotion de la santé instituée par la Communauté française. « *L'acronyme est resté le même au fil des années mais la signification des lettres a changé plusieurs fois.* » La structure a perdu son statut d'association peu avant le décret de 1997 portant organisation de la promotion de la santé et de la médecine préventive. « *Les deux événements n'ont aucun lien de cause à effet* », tient-elle à préciser. L'APES fait aujourd'hui partie du Département de santé publique de l'Université. Sous l'impulsion de sa directrice, elle cultive contre vents et

marées ses racines en sciences humaines et sociales. « *En promotion de la santé, nous travaillons avec des gens engagés qui partagent un projet de société. Je suis entrée dans ce métier avec l'idée que l'éducation devait contribuer à donner les meilleures chances à tous. Pour passer au modèle de promotion de la santé, il faut voir la nécessité de l'action collective pour faire évoluer les environnements sociétaux en plus des comportements individuels et des représentations vis-à-vis de la santé. Tous les acteurs de l'éducation pour la santé ne parviennent pas à passer le pas.* »

L'indépendance des cheveux gris

Quand il s'agit de peser dans les discussions visant à organiser politiquement la promotion de la santé, Chantal Vandoorne n'hésite pas une seconde car, estime-t-elle, « *il y a au cœur des discussions actuelles un véritable danger à vider la promotion de la santé de sa substance et à la désorganiser. Par ailleurs, les concertations intersectorielles manquent cruellement au niveau des politiques. En promotion de la santé, les exemples pullulent où plusieurs cabinets et administrations abordent une même thématique sans réelles articulations. Je pourrais citer l'alimentation, l'éducation affective et sexuelle, l'éducation à la citoyenneté et à la participation, la prévention de la violence, entre autres. Cela paraît souvent aberrant pour les professionnels !* »

Alors l'engagée monte au créneau avec des arguments affûtés et un plaisir non dissimulé : « *Tenter d'agir à l'échelon politique est intellectuellement très stimulant, même si c'est dur. C'est souvent lent et frustrant compte tenu des nombreux freins auxquels on se heurte. Il faut essayer de ne pas se laisser piéger, de faire passer des idées auprès des décideurs tout en gardant le contact avec les gens de terrain. J'y vais parfois au culot et peux le faire à cause de mes cheveux gris !* », s'amuse cette mère de trois grands enfants, dont deux déjà adultes. Pour recharger ses batteries, elle sait qu'elle devrait s'accorder plus de répit. Hélas ! « *Je ne ressens pas souvent le besoin de décrocher totalement, même pendant les vacances.* » Elle aimerait toutefois avoir

de plus longues plages de temps devant elle, notamment pour « *mettre les choses à plat, écrire dans la nuance, formaliser tranquillement...* »

Résolument pour l'osmose

Pour l'heure, un rapport dont elle doit rédiger les conclusions l'attend sur son bureau liégeois. L'équipe qu'elle coordonne est au service des acteurs qui développent des actions de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, auxquels elle apporte accompagnement logistique et méthodologique. « *L'APES soutient toute action de promotion de la santé, financée ou pas en tant que telle* », insiste-t-elle.

« *C'est ainsi que nous interprétons notre mandat. Un programme sur la cohésion sociale par exemple est un excellent terreau pour la promotion de la santé. Celle-ci devrait non pas s'afficher elle-même mais diffuser dans un maximum de secteurs.* »

En matière d'évaluation, l'équipe de l'APES nourrit l'ambition de rendre les promoteurs autonomes. « *Cela implique de leur apprendre à formaliser et à documenter leurs questionnements. On a réussi à dédramatiser le recours à l'évaluation, à persuader qu'elle est intrinsèquement liée à l'action* », observe Chantal Vandoorne.

« *Mais la formalisation, on n'y est pas encore.* » La démarche évaluative qu'elle défend peut compter sur des outils et des méthodes mais se doit de formuler d'abord la question qu'elle vise à éclairer et les critères qui serviront de référence. Et ce, quelle que soit sa nature : émancipatrice, négociée, auto-évaluation, etc. « *C'est là que les acteurs ont du pouvoir* ». Le travail d'appui méthodologique aux acteurs soulève chez elle un grand enthousiasme. « *Nous voyons des équipes évoluer, les compétences se développer. Je me dis alors que cela contribue à assurer la relève pour le secteur.* » À l'évocation de certaines associations avec lesquelles elle a travaillé, une lueur de gaieté passe dans ses yeux bleu clair.

Former les acteurs institutionnels et politiques

Le projet de nouveau décret sur la promotion de la santé et la médecine



Photo © J. Demartean

préventive pourrait se traduire par la disparition de l'APES. Et Chantal Vandoorne dans tout ça ? « *Si de nouvelles structures de gouvernance se créent et qu'il est possible d'y travailler et de faire évoluer la promotion de la santé, une fonction alliant les missions politiques, organisationnelles et d'appui méthodologique me plairait bien.* » Elle n'exclut pas non plus de renouveler l'expérience de consulting en formation et recherche en santé publique, sous statut d'indépendant, qu'elle a déjà vécue entre 1990 et 1995. « *J'aimerais aussi faire un travail plus posé, d'enseignement ou de recherche. Il manque toujours, me semble-t-il, des travaux portant sur les pratiques professionnelles en promotion de la santé. Or c'est un domaine qui m'intéresse beaucoup.* »

Chantal Vandoorne n'en est pas à son coup d'essai en tant qu'enseignante. Pendant plusieurs années, elle est notamment intervenue à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes, en France, auprès de médecins de l'Éducation nationale, puis des cadres de l'administration et des chefs de projets intéressés à l'évaluation. Et chaque année, avec quelques collègues, elle collabore à l'université d'été en santé publique à Besançon.

Aujourd'hui, il y aurait selon elle beaucoup à faire pour développer les compétences des cadres des institutions publiques en matière de programmation en promotion

de la santé. « *En Belgique, nous n'avons pas d'école d'administration équivalente à celle qui existe en France.* » Quid des options promotion de la santé des formations universitaires ? « *J'ai le sentiment que celles et ceux qui en sortent aujourd'hui ne sont pas prêts à être des professionnels opérationnels en promotion de la santé. Les organismes de promotion de la santé sont de plus en plus souvent amenés à recruter des professionnels d'autres disciplines : anthropologues, sociologues, assistants sociaux, enseignants, géographes, ingénieurs de gestion, spécialistes en communication ou en sciences politiques...* »

En arrière-plan se dessine l'inquiétude de celle qui a déjà bien roulé sa bosse et s'interroge sur l'avenir de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique, dont elle connaît les lignes de force autant que les failles. Chantal Vandoorne craint notamment que dans la nouvelle génération, l'effet de masse ne soit pas suffisant pour relever les défis du secteur. « *Les formations actuelles en promotion de la santé ne suffiront pas, surtout si une nouvelle organisation fait disparaître les services d'appui méthodologique comme le nôtre. Ou alors il faudrait que la promotion de la santé investisse les autres disciplines...* »

À l'heure de quitter la place de Brouckère, elle hésite. Son prochain rendez-vous est à quelques pâtés de maisons. « *Pourrais-je y aller à pied sans me perdre cette fois ?* »

On aime relever les défis ou pas.

Un accord de coopération dit de 'synergies statistiques' a été conclu entre les acteurs produisant des analyses sur les compétences de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Un premier cahier thématique vient de sortir, fruit d'une étroite collaboration entre l'Observatoire wallon de la Santé et la Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce travail a été réalisé par l'École de Santé publique de l'ULB. En voici un bref résumé.

Indicateurs de résultat, facteurs de risque et taux de couverture des politiques menées

Ce tableau de bord aborde la problématique de la santé des enfants en Wallonie et dans la Fédération Wallonie-Bruxelles à travers l'analyse de 19 thématiques. Celles-ci dressent un état des lieux de la situation à partir d'indicateurs de résultat (effets sur la santé), de facteurs de risque et de taux de couverture des politiques menées.

La grande majorité de ces thématiques se fonde ainsi sur la détection dans la population globale des pathologies et/ou atteintes à certaines dimensions de la santé de l'enfant : prématurité et autres indicateurs autour de la naissance (thématique 1), obésité et surpoids (5), dépistage de la surdité néonatale (10), dépistages visuels (11), dépistage des maladies métaboliques et congénitales (12), polycaries et indices CAO pour la santé bucco-dentaire (13), bien-être (15), maltraitance (16), cancers (17), handicap (18) et mortalité (19). Il est notable de constater que parmi ces indicateurs « de résultat », seul l'un d'entre eux, le bien-être, porte sur une mesure positive de l'état de santé des enfants. D'autre part, le caractère profondément sectorialisé des politiques menées et des acteurs de la santé, correspondant le plus souvent à l'organisation en spécialités médicales, ne facilite guère l'émergence de tels indicateurs visant une approche globale de la santé.

D'autres thématiques sont centrées sur des facteurs de risque pour la santé des enfants. Certains de ces facteurs ont trait aux pratiques susceptibles d'influencer

la santé des enfants : alimentation (2), alcool et tabac (3), activité physique (4), usage des multimédias (6). Ce rapport est également l'occasion d'insister sur l'importance de données contextuelles telles que l'environnement familial (8) et l'environnement physique, socio-économique dans lequel évoluent les enfants (7), qui sont des déterminants importants pouvant générer des inégalités de santé et qui pourraient être considérés comme des marqueurs de l'efficacité des politiques menées.

Enfin, certaines thématiques mobilisent des indicateurs évaluant les politiques menées, lesquelles sont le plus souvent estimées à l'aune du taux de couverture des actions de sensibilisation et/ou de détection entreprises : accueil de l'enfant (9), dépistage de la surdité (10) et dépistage visuel (11), contacts avec un dentiste au cours des 5 dernières années (12), vaccination (14). Compte tenu du caractère multifactoriel de ces problématiques, il est en effet malaisé d'établir un lien direct entre ces politiques (et a fortiori de discriminer leurs effets respectifs) et certains indicateurs de résultat tels que la diminution de près de 50 % en 10 ans de la mortalité pour les classes d'âge supérieures à 5 ans.

Les comparaisons internationales comportent des limites importantes (disponibilité et variété des indicateurs et définitions, échelles de comparaison, méthodes de récolte des données, etc.) et il faut donc les considérer avec précaution. Nonobstant ces réserves, au regard des éléments de comparaison recueillis, la Belgique francophone se positionne plutôt honorablement sur certains aspects

comme dans le chapitre de l'alimentation (consommation de fruits et de légumes). Pour d'autres, comme les données de surpoids par exemple, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Wallonie occupent une position proche de la moyenne des pays voisins. En matière d'activité physique quotidienne des progrès sont encore à réaliser et appellent sans doute à une attention particulière des acteurs concernés. Certains indicateurs placent la Fédération Wallonie-Bruxelles dans une position intermédiaire dans un gradient nord-sud : le taux d'allaitement maternel par exemple en Fédération Wallonie-Bruxelles est meilleur qu'en France mais moins bon que dans les pays nordiques.

Variété des acteurs, des types et des degrés de synergie rencontrés

La santé des enfants mobilise un grand nombre et une grande variété d'acteurs à des titres et degrés divers. L'action publique en la matière implique en effet selon les thématiques des administrations publiques (INAMI, ADEPS, Bruxelles Environnement, SAJ et SPJ, etc.), des agences parapubliques (ONE, APAQ-W, AWIPH), des mutuelles, des organisations du secteur associatif, des écoles, des CPMS et SPSE, des hôpitaux et/ou des professionnels indépendants de la santé et de l'intervention médicosociale (pédiatres, etc.).

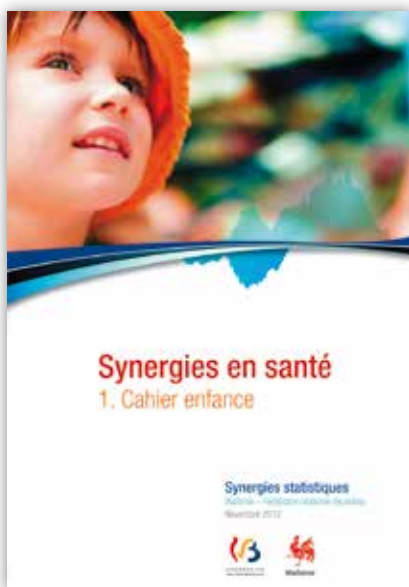
Les interventions des agences et acteurs « privés » sont fortement sectorialisées et encadrées par les pouvoirs publics qui leur ont délégué historiquement des missions d'intérêt public, mais une part significative d'actions et de démarches de

coordination est laissée à l'initiative des parties prenantes. Ces dernières agissent à différentes échelles allant du très local (échelle d'une commune ou d'un quartier) au fédéral, voire à l'international (voir le programme « Child in the City »). Les modes de coordination entre acteurs sont également très différents d'une thématique à l'autre, révélant des degrés de synergie allant d'une simple juxtaposition d'initiatives ponctuelles localisées à de véritables actions concertées, en passant par le partage d'information et la mobilisation d'outils et de langages communs.

En matière de consommation d'alcool et de tabac, les auteurs ont relevé un grand nombre d'initiatives ponctuelles menées par les Services de Promotion de la Santé à l'École et les écoles elles-mêmes sans que l'on puisse parler d'une réelle politique de prévention. De même, le dépistage des maladies métaboliques et congénitales souffre d'un manque d'actualisation du cadre légal et de clarté du programme politique adopté à leur égard.

Les informations disponibles reposent par conséquent uniquement sur le partage d'informations sur base volontaire.

Certains acteurs ont par contre mené des collaborations afin de développer des bases de données exhaustives autour d'une problématique déterminée (par exemple les données concernant l'état de santé et la mortalité du nourrisson récoltées par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles). D'autres domaines appellent à une réactivation des coordinations passées pour permettre une mise à jour de données, comme en matière de santé bucco-dentaire. Par ailleurs, lorsque des modes de collecte des données préexistent – comme dans le cas des données médicales scolaires relatives au dépistage visuel récoltées par les Services de Promotion de la Santé à l'École – l'intégration de celles-ci au sein d'un véritable système d'information sanitaire est parfois possible moyennant la standardisation des paramètres. Dans certains cas, on constate qu'une bonne collaboration entre différents niveaux de pouvoir a été mise en place, mais que certains maillons de la chaîne d'action doivent encore être développés : alors que



le dépistage néonatal de la surdité repose sur la bonne collaboration de l'INAMI, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et des Régions, on peut souhaiter l'adoption d'une réglementation ou convention reliant cette phase de détection à la prise en charge des usagers par les organismes compétents. D'autres acteurs ont développé une communauté d'intérêts et de langage menant à des campagnes concertées d'information et de sensibilisation comme l'illustre le cas de la campagne « Manger Bouger ». Cette communauté de langage et d'action mériterait sans doute encore d'être encouragée en matière d'alimentation où coexistent de nombreux programmes, le plus souvent complémentaires mais dont la congruence des messages n'est pas assurée.

Recommandations

Différents modes et niveaux de coordination existent donc en matière de santé de l'enfant. Il importe pour chacune des thématiques analysées de rapporter ces pratiques

Sentiment de bien-être en 5^e et 6^e primaire

- 68,6 % des enfants estiment avoir une 'bonne' ou 'excellente' vie
- 84 % se déclarent (très) heureux
- 50 % trouvent qu'il est facile de communiquer avec les deux parents

Données HBSC 2010 pour la Fédération Wallonie-Bruxelles

aux objectifs poursuivis, dans une recherche du niveau le plus pertinent d'action publique. Si l'adaptation des messages délivrés et des actions entreprises aux particularités des publics visés peut justifier dans certains cas une forte décentralisation de la décision ou de l'application, d'autres finalités (la mise en place d'un système d'information sanitaire ou l'éradication d'une maladie par exemple) justifient un haut degré de concertation et de coordination. Différents outils sont mobilisés ou mériteraient d'être développés par les acteurs à cette fin : la contractualisation, la réglementation (de la convention à la législation), l'informatisation des données, les accords financiers, etc. Il semble que certains instruments, tels que la réalisation d'un « annuaire » des organismes et services concernés par une problématique, pourraient être également utilement élaborés et mis à disposition des différentes catégories d'acteurs. Enfin, il paraît important d'insister sur le développement de mesures positives et globales de l'état de santé des enfants qui prennent en compte les facteurs psychosociaux et les éléments contextuels (milieu social, composition familiale, milieu de vie) influençant leur bien-être.

Synergies en santé, Cahier enfance, brochure de 52 pages disponible à l'IWEPS, Route de Louvain-la-Neuve 2, 5001 Belgrade. Tél. : 081 46 84 11.

Ce document est téléchargeable sur les sites www.sante.cfwb.be, www.socialsante.wallonie.be et www.iweps.be.

Coordonnées des partenaires

- Université Libre de Bruxelles, École de Santé Publique, Route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Courriel : igodin@ulb.ac.be. Site : www.ulb.ac.be/facs/esp/index.html
- Observatoire wallon de la santé, Direction Générale des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé, Avenue Gouverneur Bovesse 100, 5100 Jambes. Courriel : observatoire.sante@spw.wallonie.be. Site : www.socialsante.wallonie.be
- Fédération Wallonie-Bruxelles, Direction Générale de la Santé, Boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Courriel : donnees.sante@cfwb.be. Site : www.sante.cfwb.be

Dans le discours des médias, l'analyse de l'état de santé des jeunes porte souvent sur les comportements dits « à risque » dans les domaines de la sexualité, de la consommation d'alcool, du tabac et des drogues illicites, des habitudes alimentaires, de la violence¹... Si rien n'est mis en place pour dissocier cette image de l'état de santé des jeunes, la population risque bien de continuer à les considérer de manière négative, ne voyant dans leurs comportements que les problèmes qui en résultent.

Par ailleurs, les jeunes eux-mêmes se sont approprié cette vision négative de leur groupe. Une ambiguïté est constamment présente lorsqu'il s'agit d'aborder les questions de santé. Ils éprouvent des difficultés à parler de leur état de santé alors que, dans le même temps, ils réclament un dialogue avec les professionnels : *parlez de nous mais ne nous parlez pas de santé*². En conséquence, pour évaluer la santé des enfants et des adolescents, les intervenants doivent examiner à la fois le corps et la manière de vivre avec celui-ci, de se l'approprier, de vivre en société, de découvrir le rapport aux autres, à la famille et à la communauté, autant d'éléments constitutifs de leur bien-être.

La situation en Europe^{3,4}

L'OMS/Europe a publié récemment le dernier rapport HBSC sur les comportements de santé des garçons et filles d'âge scolaire en Union européenne et Amérique du Nord, entre 2009 et 2010. Celui-ci se base sur 200.000 entretiens conduits auprès des jeunes de 11, 13 et 15 ans. Le rapport indique que si la santé des jeunes est meilleure qu'avant, les comportements à risque en matière de consommation d'alcool et d'alimentation, compromettent cette affirmation. La différence entre les genres persiste malgré une évolution sociale et la

réduction des inégalités entre les hommes et les femmes dans de nombreux domaines. Ces disparités augmentent entre 11 et 15 ans pour certains indicateurs de santé et de bien-être (activités physiques, alimentation saine...); il s'agit par conséquent d'une période très importante pour éviter de voir se perpétuer les inégalités à l'âge adulte.

Dans le rapport de l'étude HBSC 2010, les garçons ont un niveau plus élevé de bien-être que les filles. Cela s'illustre par exemple par le fait que 38,2 % des garçons certifient pratiquer une activité physique contre 22,3 % pour les filles.

Par contre, les conduites à risque sont prédominantes chez les garçons (la consommation de jeux électroniques, d'alcool, de cannabis et autres produits illicites⁵). La différence de consommation de cannabis entre les garçons et les filles à l'âge de 15 ans est de 5 à 6 %. En outre, la probabilité d'être impliqué dans un harcèlement (auteur ou victime) est deux fois supérieure du même âge que chez les filles (16 % et 7 %). Par exemple, un garçon de 15 ans appartenant à la Communauté francophone de Belgique a 12 % de plus de risque d'être harcelé qu'une fille du même âge vivant en Italie.

Enfin, un environnement familial aisé est comme on pouvait s'y attendre corrélé avec un meilleur état de santé. Et une aisance

matérielle faible prédit une prévalence élevée de la surcharge pondérale en Europe occidentale. Par exemple, en Communauté flamande, il y a une différence de près de 15 % entre les garçons issus de familles à faibles revenus et ceux venant de familles plus aisées. Cependant, le tableau des comportements à risque et celui de l'environnement social démontrent que la situation entre les garçons et les filles varie selon les pays.

Par conséquent, les professionnels doivent veiller à s'adapter à l'âge, au genre et aux différents milieux socioéconomiques pour éviter les inégalités. Il est certes important de se charger non seulement des mesures sanitaires et de travailler sur les comportements en matière de santé mais il faut également être attentif à prendre en compte le contexte social dans lequel les jeunes vivent et dans lequel s'inscrit l'action. En ce qui concerne la recherche bibliographique, les mots clés suivants ont été introduits dans la base de données DOCTES⁶ : SANTÉ et (ENFANT, ADOLESCENT, JEUNE OU JEUNE ADULTE) ainsi que SANTÉ DE L'ENFANT et SANTÉ DE L'ADOLESCENT. Au total, 1 848 notices ont été identifiées. Ce nombre illustre la richesse des données disponibles à propos de la santé des enfants et des adolescents et de certains de ses aspects comme l'obésité, l'addiction, l'alcoolisme, la sexualité, les comportements à risque...

¹ Comment va la santé ? Enquête auprès des 12-25 ans in La santé de l'Homme, 370, mars-avril 2004, p. 1-51

² POMMIER J., LAURENT-BECCO A. & DECHAMPS J.P., Pour une politique de promotion de la santé des jeunes in LONCLE P. (dir.), Les jeunes. Question de société, questions de politique, Documentation française, p. 78

³ CURRIE C, et al. (eds) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, n° 6) <http://www.euro.who.int/HBSC> Accessed 19 décembre 2012 (en anglais).

⁴ Nous reviendrons prochainement sur les résultats propres à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

⁵ Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2010

⁶ Base de données du RESOdoc, service de documentation de l'UCL-RESO

Une sélection a ensuite été réalisée de manière à restreindre la recherche sur la santé de l'enfant et de l'adolescent aux informations les plus récentes.

Bibliographie commentée

■ RENARD F. (2012), *Contribution du médecin scolaire aux besoins de santé des adolescents : de l'évaluation à la promotion de la santé*, thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain, UCL-RESO, 129 p. Cote : RESO A.07.03.09

Comme expliqué ci-dessus, les comportements à risque, la consommation de tabac, d'alcool, les habitudes alimentaires préoccupent les professionnels parce qu'ils touchent le bien-être des jeunes. De plus, les adolescents et les professionnels sont demandeurs d'un dialogue. Cette thèse expose le rôle du médecin scolaire en tant qu'intermédiaire à l'évaluation des besoins des adolescents sur base d'un bilan de santé scolaire. Cette littérature grise présente plusieurs enquêtes menées sur base de questionnaires de santé et de qualité de vie.

■ GODIN I., BRASSEUR C., COPPIETERS Y. (2012), *Synergies en santé. 1. Cahier enfance. Synergies statistiques en Wallonie* – Fédération Wallonie-Bruxelles, 129 p. Cote : RESO H.02.02.BEL.01.08

Ce cahier présente, à travers 19 thèmes, la santé des enfants en Wallonie et dans la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les auteurs exposent un état des lieux de la situation à partir d'indicateurs de résultats (effets sur la santé), de facteurs de risque et de taux de couverture des politiques menées.

■ DECAN P., DE SMET P., FAVRESSE D., GODIN I. (eds) *La santé des élèves de 5^e et 6^e primaires. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Service d'information Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, 2013, 76 p. Cote : RESO I.05.02.00.20

Tous les quatre ans, une large enquête HBSC, soutenue par le bureau européen de l'OMS, est conduite en Fédération Wallonie-Bruxelles pour évaluer l'état de santé et le bien-être des jeunes. Cette brochure analyse le bien-être et la santé des jeunes dans l'enseignement primaire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

■ MOREAU N., DE SMET P., GODIN I. (Partie I) FAVRESSE D., DE SMET P., GODIN I. (Partie II) (eds) *La santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Service d'information



Photo © Fotolia

Promotion Éducation Santé (SIPES), ESP-ULB, 2013, 104 p. Cote : RESO I.05.02.00.21
Cette brochure traite de la vie affective et sexuelle, de la consommation de produits psychotropes et des multimédias dans l'enseignement secondaire.

■ Office de la naissance et de l'enfance, Question Santé (2012), *Mômes en santé. La santé en collectivité pour les enfants de 3 à 18 ans*, Fédération Wallonie-Bruxelles, 99 p. Cote : RESO I.05.01.04.26

Ce livret propose une structure de base pour tous les professionnels de santé concernés par l'accueil de groupes d'enfants et jeunes âgés de 3 à 18 ans. Les thèmes proposés sont : l'hygiène de vie, la salubrité des lieux d'accueil, les besoins de la jeunesse, les problèmes de santé, la question des MST au sein des groupes de jeunes...

■ BIZZONI-PREVIEUX C., ERINI C., JOURDAN D. (2012), *Éducation à la santé en milieu scolaire : enquête franco-québécoise* in *La Santé de l'Homme*, 421, septembre-octobre, pp. 40-42. Cote : RESO S.02

Dans cet ouvrage, trois chercheurs partagent leurs observations sur des actions en éducation pour la santé dans les écoles primaires en France et au Québec. Alors que les écoles québécoises associent plus la famille et les communautés, dans les deux pays, les programmes les plus aboutis privilégient une approche globale de la santé et sont rédigés à long terme. Ce type d'intervention est recommandé par les auteurs plutôt que des actions ponctuelles jugées moins efficaces.

■ GODEAU E., NAVARRO F., ARNAUD C. (2012), *La santé des collégiens en France/2010 : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged children (HBSC)*, INPES, 247 p. Cote : RESO I.05.02.02.18

Depuis 1994, le réseau international de chercheurs *Health Behaviour in School-aged Children* (HSBC) étudie les comportements de santé des adolescents de 11 à 15 ans, au moyen d'une enquête en population scolaire. Les résultats rassemblés dans cet ouvrage sont le produit de l'étude menée en France en 2010 sur quelques sujets essentiels (bien-être, image de soi et poids, sommeil, sexualité, harcèlement...). Pour une meilleure lecture, les auteurs ont préféré exposer les résultats non plus par âge mais par classe, de la sixième à la troisième.

■ *Les 16-25 ans. Ordres et désordres* in *Contact Santé*, 229, année 2010, 53 p. Cote : RESO C. 14

Être jeune, ce n'est plus être un enfant, ce n'est pas encore être adulte. On perçoit une imprécision dans ce que veut contextualiser ce mot. « Les jeunes de 16 à 25 ans », permet de mieux classifier cette tranche d'âge. La question est de savoir si les adolescents sont toujours un enjeu pour la santé publique. Vraisemblablement car même si les indicateurs sont meilleurs à cet âge, c'est le moment où les jeunes se construisent un rapport avec la société et leur propre santé. La revue *Contact santé* consacre ici un dossier sur la jeunesse française et son rapport aux pratiques quotidiennes, au milieu social et culturel.

Vu pour vous

« C'est où, avec qui, comme vous voulez, mais toujours protégés »

Quelques éléments d'évaluation de la campagne d'été 2012 de prévention du sida et des IST

Mary Stevens, Plate-Forme Prévention Sida

En juin 2012, pour la première fois sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Plate-Forme Prévention Sida lançait une campagne de prévention des IST/sida à l'attention d'un public d'adultes. En effet, que ce soit au niveau épidémiologique ou parce qu'ils sont susceptibles de rencontrer des situations de vulnérabilité particulières (rupture, célibat, multipartenaires, etc.) les adultes sont également concernés par les IST/sida.

Cette campagne avait donc pour objectif de les sensibiliser au fait qu'ils représentent également un public cible pouvant être touché par les IST/sida, en leur rappelant l'importance de l'utilisation du préservatif et du recours au dépistage afin de connaître son statut sérologique. Afin d'améliorer les nombreux outils créés dans le cadre de cette campagne pour leur réédition cet été 2013, la Plate-Forme Prévention Sida a effectué un travail d'évaluation. Le public cible a été sondé lors de nombreuses rencontres mais aussi les asbl de toute la Fédération Wallonie-Bruxelles engagées au quotidien dans la lutte contre le sida.

Une évaluation réalisée auprès du public et des acteurs de la promotion de la santé

Globalement, à travers les différentes sources et méthodes d'évaluation, la campagne est majoritairement appréciée, que ce soit par les partenaires du groupe de travail qui ont participé à la construction de la campagne, les relais travaillant dans la promotion de la santé ou les adultes ayant participé aux post tests. La campagne est, selon eux, claire et explicite, et donc accessible à tous.

Le **point fort** de la campagne est sa **diversité**, qui la rend très complète et permet de toucher un grand nombre de personnes aux profils variés : diversité des modèles et donc des sous-publics, diversité des situations présentées, et diversité des supports/outils. Le **point faible** récurrent

pour toutes les parties sondées est le **manque de visibilité** de la campagne.

Les adultes, un groupe cible à ne pas oublier

Tous, relais et adultes, trouvent cela pertinent de **cibler les adultes** dans une campagne de prévention du sida car c'est un public qui est peu informé et qui, souvent, ne se sent pas concerné. Pourtant, il peut se retrouver dans des situations de vulnérabilité par rapport à l'infection au VIH : célibat, divorce, relations extraconjugales, libertinage, etc. Toutefois, certains adultes et relais craignent qu'en ciblant un public précis, on donne l'impression aux autres qu'ils ne sont pas/

plus concernés par les IST/sida. De plus, beaucoup d'adultes pensent souvent plus à la prévention du sida pour leurs enfants ou pour les plus jeunes que pour eux-mêmes. Beaucoup de participants aux post tests pensent que la campagne s'adresse à tout le monde et pas spécifiquement aux adultes. Néanmoins, 75 % d'entre eux se sentent concernés par la campagne, mais ils pensent qu'elle est aussi parlante pour les plus jeunes. De fait, les jeunes sondés confirment cette idée et affirment qu'ils s'identifient à un grand nombre des situations qu'ils qualifient de réelles et pas choquantes.

Des situations de vulnérabilité par rapport aux IST/Sida spécifiques aux adultes

L'idée de mettre en avant des situations de vulnérabilité est majoritairement appréciée, tant par les adultes que les relais.

Beaucoup qualifient les situations de réelles et estiment qu'elles sont bien choisies. Ils apprécient surtout leur diversité : on montre tant des vécus plus classiques (lit, douche...) que des vécus très spécifiques (prostitution, homosexualité, notamment). Cette variété permet de toucher plusieurs publics différents et donc un plus grand nombre de personnes.

De son côté l'Observatoire du Sida et des Sexualités pointe le fait que l'on ne perçoit pas clairement « où se situe » la vulnérabilité, quels sont les facteurs qui peuvent favoriser une prise de risque. De plus, il serait intéressant de donner davantage d'informations sur les moyens de protection :

Les outils de la campagne 2012

- 3 spots TV : couple hétéro sous la douche, femme discutant sur un site de rencontre, couple homosexuel dans une chambre d'hôtel;
- 1 spot radio mettant en avant une série de situations favorables à la prise de risques;
- 10 affiches présentant chacune une situation à risque (voir illustrations p. 19);
- 9 cartes postales;
- 1 brochure de prévention de 36 pages destinée aux adultes, le *Safe Sex Mag*;
- 1 dépliant sur le dépistage;
- 1 outil interactif Internet, *My Safe Sex Tape*.



Plate-forme prévention sida

quand et comment utiliser/arrêter le préservatif ou faire un dépistage, mais aussi rappeler l'existence et les conditions d'octroi du traitement post exposition (TPE). Pour la majorité (adultes et relais), le **slogan** est très clair et compréhensible, et il résume bien toutes les situations présentées dans la campagne. Certains adultes apprécient particulièrement le côté non moralisateur et sans jugement de ce slogan qui respecte les choix de chacun. Néanmoins, quelques relais et adultes soulignent que cela donne l'impression que l'on banalise des situations délicates, ou même qu'on incite un peu à faire « tout et n'importe quoi ». Tous apprécient aussi le **double thème** de la campagne, à savoir inviter le public non seulement à utiliser le préservatif mais aussi à se dépister. Néanmoins, certains pensent qu'on devrait insister davantage sur ce deuxième aspect.

Les outils papier de la campagne

Au niveau des **visuels des affiches**, certains sont mieux accueillis que d'autres. Pour les adultes, ce sont les visuels hétéro, 'lit', 'voiture' et 'douche' qui sont les plus appréciés. Ces situations sont plutôt classiques et certainement vécues par un grand nombre, elles plaisent donc à davantage de personnes. Au contraire, les situations 'sauna', 'bois' et 'alliance' sont les moins appréciées. Cela s'explique par le fait qu'elle concerne des sujets, tels que l'homosexualité et les relations extraconjugales, qui sont encore

fort tabous dans notre société. Néanmoins, un certain nombre d'adultes pointent qu'il est très pertinent d'aborder ces sous-publics car ils sont plus vulnérables par rapport à l'infection.

Tant les adultes que les relais estiment que le visuel 'voiture' n'est pas très clair, on ne comprend pas où on est. L'affiche 'ascenseur' ne semble pas très lisible pour les partenaires, et irréaliste pour les adultes. Le visuel 'internet' est considéré comme très actuel par les adultes, qui pensent aussi qu'il concerne plus les jeunes, car ils sont plus familiers avec les nouvelles technologies. La majorité des relais et des adultes estime que les visuels ne sont pas choquants, ils sont explicites tout en restant pudiques, vu que les relations sexuelles sont simplement suggérées. Une minorité d'adultes aurait préféré des visuels plus osés pour marquer davantage les esprits. Enfin, quelques adultes, des femmes d'origine africaine en particulier, les trouvent choquants, vulgaires, voire pornographiques. Les **pochettes préservatif** sont toujours très appréciées tant par les relais que le public cible. C'est l'outil le plus diffusé par les relais et le public est toujours demandeur d'en recevoir car il estime que cela coûte cher. Toutefois, certains relais et adultes regrettent qu'il n'y ait pas systématiquement du lubrifiant dans les pochettes.

Le **Safe Sex Mag** et le **dépliant** sont intéressants car ils donnent une info large plus concrète, l'un de manière succincte et résumée et l'autre de manière plus complète et détaillée. La mise en page du dépliant est souvent jugée chargée et peu illustrée.

Les outils audiovisuels de la campagne

La majorité des participants aux focus groups apprécie beaucoup les **spots TV**, jugés beaux, directs et faciles à comprendre, pas choquants et réalistes. Les relais les qualifient de compréhensibles, originaux et adaptés au public. Tous, relais et adultes, estiment que les spots TV, mais aussi radio, ne sont pas assez visibles/audibles. La décision de la Ministre **Fadila Laanan** de diffuser les spots après 22 h afin d'éviter de choquer un public plus jeune ou non averti a certainement désavantagé leur visibilité.



Plate-forme prévention sida

Le spot douche est jugé le plus osé (bande son) mais très parlant pour beaucoup car c'est un classique. Le spot homosexuel est interpellant par son aspect sans son et plus sentimental, mais une faible minorité le trouve choquant car l'homosexualité est encore très taboue. Le spot internet est le plus actuel, et certainement plus parlant pour les plus jeunes.

Pour le **spot radio**, la majorité estime qu'il est bien fait, clair, compréhensible et explicite. On retrouve bien toutes les situations et leur énumération suscite la curiosité. Pour certains, cette énumération est trop rapide et trop longue, ce qui rend le spot peu interpellant voir lassant, et difficile à comprendre.

Et pour l'édition 2013 de la campagne

Sur base des éléments mis en avant lors de l'évaluation, la Plate-Forme Prévention Sida a retravaillé certains outils de la campagne. La volonté est d'être plus clair sur les vulnérabilités sur lesquelles la campagne attire l'attention mais aussi d'en proposer des nouvelles telles que le fait d'avoir des relations sexuelles à plusieurs, entre filles ou avec une personne séropositive, le risque de ne pas se protéger lors de nouvelles rencontres notamment après une longue relation. À découvrir dès maintenant sur www.preventionsida.org!

Plate-Forme Prévention Sida,
rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.
Courriel : info@preventionsida.org.



Sommaire

Initiatives

- 2 Conceptions de la santé chez les immigrants québécois, par *Linda Binette* et *Pierre Sercia*
- 5 Le marketing à l'épreuve de l'éducation permanente, des outils pour décrypter par *Charlotte Sax* et *Denis Mannaerts*
- 7 Informations sur la santé : quelles ressources ? par *Christian De Bock*

Réflexions

- 7 Inégaux devant les caprices du climat, par *Pascale Dupuis*

Outils

- 10 Voir l'Autre

Portrait

- 11 Chantal Vandoorne : garder le cap, par *Anne Le Pennec*

Données

- 14 Un tableau de bord 'enfance', par *Isabelle Godin*, *Clément Brasseur* et *Yves Coppieters*

Documentation

- 16 La santé des enfants et des adolescents, par *Nicolas Mahieu*

Vu pour vous

- 18 « C'est où, avec qui, comme vous voulez, mais toujours protégés », quelques éléments d'évaluation de la campagne d'été 2012 de prévention du sida et des IST, par *Mary Stevens*

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : Linda Binette, Clément Brasseur, Yves Coppieters, Pascale Dupuis, Isabelle Godin, Anne Le Pennec, Nicolas Mahieu, Denis Mannaerts, Pierre Sercia, Charlotte Sax, Mary Stevens.

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

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Jacques Henkinbrant (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@gmail.com).

Lettre d'information : Carole Feulien

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 100 exemplaires.

Diffusion : 2 000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation 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 *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation 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 sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

www.promosante.net.

Education Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

