

d'une thèse de doctorat à l'Université Catholique de Louvain, je cherche à me documenter sur:

- * des références bibliographiques sur l'absentéisme (origines et approches);
- * approche ergonomique du problème musculo-squelettique (dos, stress, activité physique);
- * impact de l'activité physique sur l'absentéisme;
- * questionnaire sur la démarche d'absentéisme (détection des problèmes);
- * informations concernant le parallélisme entre l'absentéisme et l'activité physique;
- * apport de l'activité physique comme moyen de communication.

Coordonnées: G. Dusollier, Kerkhofstraat 23, 3110 Rotselaar, tél. et fax 016/58.32.46.

Emploi - demande

Licenciée en Communication appliquée, section animation socioculturelle et éducation permanente (expérience dans l'organisation d'événements socioculturels, animatrice d'atelier créatif de dessin animé pour enfants). Coordonnées: Julie Delit, rue au Bois 567, 1150 Bruxelles, tél. 02/770.29.04.

Formation

L'unité d'Education pour la Santé - RESO (Ecole de Santé Publique - Faculté de Médecine - U.C.L.) offre des formations universitaires en éducation pour la santé et en éducation du patient:

- licence en Sciences de la Santé publique, orientation Promotion de la Santé - Education pour la Santé
- agrégation de l'enseignement secondaire supérieur pour l'Education pour la Santé

Ces formations sont organisées dans une perspective interdisciplinaire et multiprofessionnelle, à l'intention d'étudiants adultes engagés professionnellement. Caractéristiques: groupes de 25 étudiants maximum, horaires adaptés, cursus et rythme de formation individualisés, valorisation de l'expérience des étudiants.

Conditions d'admission: titre universitaire ou graduat (Bac + 3), expérience et/ou projet professionnels dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Une procédure d'admission permet de personnaliser le cursus.

Programme: suite à une évaluation par les enseignants, les étudiants et les diplômés, une réforme a été réalisée, aboutissant à un programme rénové, amélioré et mis à jour.

La licence en Education pour la Santé comporte 24 modules de 30 heures, répartis sur deux années d'études, et orientés spécifiquement vers les problématiques de l'Education pour la Santé et de l'Education du Patient selon un axe santé, un axe juridico-administratif, un axe socio-psycho-pédagogique et un axe intégratif.

Possibilité d'un programme en un an, comportant une sélection de cours de la licence et des séminaires spécifiques, pour les porteurs d'un diplôme universitaire de 2e cycle (licence) assorti d'une expérience professionnelle en Education pour la Santé ou Education du Patient.

Renseignement et documents pour l'admission: Mme Joris, Unité RESO - Education pour la Santé, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles Tél. 02/764.50.70.

Corrections

* Une ligne a malheureusement sauté à l'impression de l'article "Sac ado", de l'outil au projet, en page 18 du numéro d'avril. Il fallait lire, à la fin de la première colonne: "Chaque énigme proposée a effectivement un lien avec la santé." Comme ça, c'est plus clair!

* Nouveau numéro de téléphone de l'asbl CHOW (Children, Hope of the World): 02/648.43.78. Fax: 02/648.70.59.

Annulation

La conférence du Prof. Fishstick sur la pêche aux subsides, annoncée pour le 1er avril, a dû être reportée, l'éminent spécialiste étant souffrant: il avait avalé une arête.

Le prochain numéro d'Education Santé paraîtra aux environs du 15 juin 1997.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-INMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock. Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Teymans. Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Maryse Van Audenhaege. Documentation: Maryse Van Audenhaege

Abonnements: Franca Tartamella Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Natacha de Grand Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Véronique Janzyk, Vincent Magos, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Teymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.000 exemplaires.

Diffusion: 1.700 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique. ISSN: 0776 - 262

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.:02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC - Education Santé comme destinataire). E-mail: jeanbenoit.dufour@ping.be.



Education

SANTÉ



photo: Francis Demange/Gamma/Photorex

Stratégie

- Les programmes subventionnés en 1996 p. 2
- Le projet de décret en promotion de la santé ne fait pas l'unanimité p. 3

Réflexions

- Un modèle latin pour conceptualiser la promotion de la santé par C. Michaud et F. Bonnin p.10

Initiatives

- Quelle visibilité pour une campagne TV de promotion de la vaccination? par Patrick Trefois et Philippe Mouchet p. 14

Et si on 'empouvoirait' ?
par *Xavier Lechien*

p.7

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



Les programmes subventionnés en 1996

Fidèles à une bonne habitude, nous vous proposons ci-dessous la liste des programmes subventionnés par la Communauté française de Belgique l'an dernier.

Les données nous ont été communiquées par l'Administration du Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique et par la Cellule Permanente Education pour la Santé.

Nous reprenons pour chaque programme le nom et l'adresse du promoteur, une brève présentation du sujet et le montant attribué.

Les 6 B

Réalisation d'une vidéocassette concernant le bon usage des médicaments. Les 6B en question sont, "lorsque la prise d'un médicament est la seule solution décidée, prendre le Bon médicament, pour la Bonne personne, au Bon moment, à la Bonne dose, de la Bonne façon, et au Bon prix".

Promoteur: Femmes Prévoyantes Socialistes - Espace Santé, Jeanne-Marie Delvaux, rue Douffet 36, 4020 Liège. Tél.: 04/241.63.31.

Montant: 1.600.000 FB.

S'exprimer, c'est... la santé

Promotion de la santé en classes vertes, réalisation d'un module de formation pour les animateurs.

Promoteur: Gîtes d'étape, Centre Belge du Tourisme des Jeunes, rue Montoyer 31, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/512.54.47.

Montant: 400.000 FB.

Carolo-Cardio-Santé

Programme communautaire de promotion de la santé cardio-vasculaire.

Promoteur: Carolo-Cardio-Santé, Dr Fanny Hoeffelman, Espace Santé, Bd Zoé Drion 1, 6000 Charleroi. Tél.: 071/28.42.79.

Montant: 1.749.000 FB.

Promocentre

Programme de prévention des maladies cardio-vasculaires.

Promoteur: Hainaut-Santé asbl, Dr Van Koninckxloo, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065/87.27.00.

Montant: 1.275.000 FB.

Education nutritionnelle

Conception et expérimentation d'un guide d'évaluation de l'éducation nutritionnelle à l'école.

Promoteur: CERES, Michel Andrien, rue A. Stéuart 2, Bât C1, 4000 Liège. Tél.: 04/252.58.59.

Montant: 760.000 FB.

Bien manger, bien cuisiner en images

Réalisation d'un guide d'éducation nutritionnelle pour aider les personnes handicapées mentales à mieux se nourrir, un outil d'aide à la vie quotidienne.

Promoteur: Le Bercaill, Michel Laurent, rue Saint-Nicolas 554, 4000 Liège. Tél.: 04/226.63.51.

Montant: 545.274 FB.

Atelier cuisine

Développement d'un programme de formation favorisant la diffusion d'une démarche d'insertion sociale et sanitaire axée sur des rencontres lors d'ateliers-cuisine destinés aux personnes en situation de précarité.

Promoteur: Service Education pour la santé de Huy, chée de Waremmes 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76.

Montant: 1.950.000 FB.

Réseau Européen des Ecoles en Santé

Promoteur: Croix-Rouge de Belgique, service Education pour la santé, Place Brugmann 29, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/346.02.37.

* 4e phase du développement du Réseau en Belgique francophone: encadrement des écoles-pilotes, augmentation du nombre de celles-ci, extension du concept vers d'autres établissements.

Montant: 1.465.000 FB.

* Création d'une collection de brochures pédagogiques permettant de valoriser le travail des écoles-pilotes à une plus grande échelle.

Montant: 2.030.500 FB.

Les Midis à l'école

Programme de promotion de la santé en milieu scolaire autour du repas de midi.

Promoteur: Coordination 'Midis à l'école', Cristine Deliens, rue de la Rhétorique 19, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/538.23.73.

Montant: 3.724.000 FB.

L'Art des Midis

Renforcement du projet 'Les Midis à l'école' en y intégrant une dimension artistique, dans la ligne du projet 'Arts d'école'.

Promoteur: Mission Locale Jeunes de Saint-Gilles, Cristine Deliens, chée de Waterloo 255/1, 1060 Bruxelles.

Montant: 2.000.000 FB.

"En corps, les enfants"

Une semaine d'animation autour de la découverte du corps, visant les familles, les écoles, et les enfants de 0 à 12 ans.

Promoteur: Regroupement du secteur associatif de Verviers. Contacts: Liliane Carabin et Geneviève Sokal. Renseignements: Commission Locale de Coordination de Verviers, rue de la Station 13, 4800 Verviers. Tél.: 087/35.15.03.

Montant: 125.000 FB.

"Changez d'air, relevez le défi"

Concours proposé aux écoles de l'enseignement officiel sur le thème de la prévention du tabagisme. Les défis pourront être artistiques, humanitaires, intellectuels, ludiques, sportifs,...

Promoteur: Fédération des Associations de Parents de l'Enseignement Officiel (FAPEO), Francis Collet, Galerie du Roi 25/2, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/511.31.08.

Montant: 322.345 FB.

Jeunes

Charleroi

2 au 6 mai 1997

Le Palais des Expositions de Charleroi accueille le Village des jeunes, au sein duquel l'asbl Educa-Santé coordonne un espace "jeunes et bien-être", ayant pour thème "les 5 sens dans la créativité". Les partenaires de cette animation: Ampli Junior, Infor Santé, Centre de santé mentale du CPAS, le Terril (planning familial) et Allaitement info. Public attendu: jeunes de 12 à 26 ans.

Renseignements: Educa-Santé, avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29.

Santé médecine

Bruxelles

15 mai 1997

"Contrôle social et autonomie", conférence dans le cadre du cycle organisé par la Liaison antiprohibitionniste "Plaisirs sous haute surveillance médicale". Orateur: Jean-François Malherbe, docteur en théologie et en philosophie, professeur à l'Université de Montréal; présidence: Thierry Poucet, journaliste médical.

Lieu: Auditorium Shell, rue Ravenstein 60, 1000 Bruxelles (20h15). PAF: 100/200 francs.

Renseignements: Liaison antiprohibitionniste, rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles, tél. 02/230.45.07.

Handicap mental et sida

Namur

20 mai 1997

Journée d'étude sur le thème "Déficience mentale, éducation affective et sexuelle, prévention du sida". Cela se passe à l'Arsenal, rue Bruno 11, 5000 Namur. P.A.F.: 500 FB (+315 FB pour le repas).

Renseignements: Handicaps & Santé, FCINDP, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur. Tél.: 081/72.44.30.

Santé mentale

Bruxelles

23 et 24 mai 1997

"Santé mentale et société. Des pathologiques aux politiques: de l'altérité à la solidarité, un itinéraire à baliser", journées d'étude organisées par l'ASBL Recherche-action sur la psychiatrie et les alternatives - L'Autre"Lieu", l'équipe santé CEMEA, la CNE, le CRIDIS, la Fondation Travail et santé, le GUE, le SETCA, le

SIAJEF et les membres du Comité Santé mentale et société.

Lieu: Maison des Associations Internationales, rue Washington 40, 1050 Bruxelles.

Renseignements: ASBL R.A.P.A., rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles, tél. 02/230.62.60, fax 02/230.47.62.

Accident domestique

Nivelles

29 mai 1997

Dans le cadre de la campagne "D'abord de l'eau, pour sauver ma peau" Infor Santé Brabant Wallon et Santé et Participation asbl proposent une conférence destinée aux professionnels de la santé sur le thème des brûlures. L'exposé sera pris en charge par le Dr. Van der Straeten, spécialiste en médecine physique à l'hôpital militaire.

Lieu: Caritas, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles

Date: le 29 mai 97 à 20 H.

Renseignements: Infor Santé Brabant Wallon 067/89.36.87.

Troisième âge

Rixensart

31 mai 1997

L'équipe "Vieillir autrement" des centres de consultations conjugales de Braine l'Alleud et de Nivelles organise une journée d'information et d'échanges sur le thème "Mieux vaut en rire! L'humour a-t-il une fonction dans les relations?", par Michaël Singelton, anthropologue.

Lieu: Ferme de Froidmont à Rixensart (de 9 à 17 heures). PAF: 900 francs (repas chaud compris).

Renseignements et inscriptions: 02/384.82.24 le matin de 9 à 12 heures.

Tabagisme

31 mai 1997

Journée mondiale sans tabac. Thème: "L'ONU et ses institutions spécialisées contre le tabac".

Santé mentale

Bruxelles

5 et 6 juin 1997

Rencontres transculturelles sur le thème "Place de la dimension culturelle dans la santé mentale", congrès bilingue organisé par la Fondation Julie Renson, à l'occasion de son 40e anniversaire.

Lieu: Palais des colonies, musée de Tervueren. Prix 1.500 FB.

Informations: Fondation Julie Renson, rue de Lombardie 35, 1060 Bruxelles, tél. 02/538.94.76, fax 02/534.38.64.

Santé - médecine

Bruxelles

19 juin 1997

"De la volonté de savoir au contrôle par la maîtrise hygiéniste. Une histoire de la médecine" (titre sous réserve) ", conférence dans le cadre du cycle organisé par la Liaison antiprohibitionniste "Plaisirs sous haute surveillance médicale". Orateur: Carl Havelange, docteur en histoire, chercheur FNRS à l'Université de Liège; présidence: Lise Thiry, virologue.

Lieu: Auditorium Shell, rue Ravenstein 60, 1000 Bruxelles (20h15). PAF: 100/200 francs.

Renseignements: Liaison antiprohibitionniste, rue Marie-Thérèse 61, 1210 Bruxelles, tél. 02/230.45.07.

Santé publique

Bruxelles

18 octobre 1997

5e symposium de santé publique sur le thème général: "santé publique et économie". Sous-thèmes: évaluations économiques concernant des interventions de santé publique; soins de santé mentale; santé et société. Les sujets suivants pourraient être abordés: programmes de santé publique ciblant certains groupes de population (par exemple les personnes âgées, les personnes avec des limitations, les enfants, le tiers et le quart monde), certains problèmes spécifiques de santé publique (les maladies mentales, les dépendances, les comportements à risque, la violence, les maladies chroniques, l'infécondité,...), la prévention primaire et secondaire.

Un appel aux communications (communications libres et posters) est lancé. Date-limite: le 31 mai 1997.

Renseignements: Madame L. Averhals, Maatschappelijk Gezondheidszorg, V.U.B. Faculteit Geneeskunde en farmacie, Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel, tél. 02/477.42.13, fax 02/477.42.19.

Recherche de documentation

Dans le cadre d'un travail de fin d'étude et de recherche pour l'obtention d'une licence en ergonomie et pour la préparation d'une batterie de test

En direct de la Médiathèque

Voici deux des productions inscrites récemment au catalogue-guide *Education pour la Santé*. Ces notices ont été rédigées par Eric Vandersteenen, Alain Degehet et Olivier Franssen. Pour d'autres renseignements, contacter la Médiathèque - Service Audiovisuel, Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Tél.: 02/737.18.11. Fax: 02/737.18.88.

Le cerveau impensable - la plasticité neuronale

Ce document présente une vue générale des processus par lesquels le système nerveux se développe et évolue, pendant toute la durée de la vie, selon les expériences.

L'étude du violon par Vin Pham avec son maître Ivry Gitlis montre un apprentissage intensif, impliquant tant la maîtrise des muscles, la coordination des mouvements ou l'équilibre du corps que l'imagination ou l'émotion. En plus d'illustrer efficacement les sujets abordés, ces leçons de violon constituent un cadre anecdotique et un décor sonore riches et attachants.

Le cerveau de Vin Pham est soumis à différentes techniques d'imagerie médicale qui précisent la localisation et l'activité des centres nerveux spécialisés: résonance magnétique, scintigraphie, électroencéphalographie. Des vues microscopiques de cellules nerveuses sont également utilisées.

La précision scientifique du commentaire se limite à introduire quelques concepts fondamentaux:

- le caractère acquis de certains compétences exceptionnelles;
- la nécessaire collaboration de différents centres nerveux pour exécuter de simples mouvements;
- la fonction de coordination détériorée chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et développée à l'extrême chez les virtuoses;
- les différences essentielles entre le fonctionnement d'un cerveau vivant et celui d'un ordinateur;
- l'évolution constante des connexions neuronales, permettant des restaurations importantes de fonctions perdues, même chez un adulte;
- le contrôle permanent par les boucles de rétroaction (mouvement, percep-

tion, évaluation, ajustement);

- la construction d'images mentales préalables à l'exécution du mouvement;
- les différents types de circuits neuro-naux: électriques, chimiques ou flottants.

Remarque: Il existe une version longue de ce document, adaptée pour la télévision: "Un violon dans la tête" - Référence Médiathèque: SW 0131.

Si les images et commentaires des deux versions sont le plus souvent identiques, quelques différences indiquent que cette version courte accentue davantage le contenu scientifique, plus structuré et plus approfondi.

EDELMAN C. - Les films du Levant, Fondation IPSEN 1991, 26'

Référence Médiathèque: SW 0130

Toi, mon bébé - Le monde secret de bébé

Toi mon bébé retrace les principales étapes qui ponctuent le développement du bébé, en mettant en évidence pour chacune le sens privilégié qui la sous-tend.

Cette série est composée de six documents dont chacun s'intéresse à un aspect des aptitudes psychomotrices du tout jeune enfant et en retrace l'évolution depuis son apparition jusqu'à l'âge de 3 ans, voire de 5 ou 6 ans pour les aptitudes plus complexes telles que le langage, l'écriture ou la pensée.

L'approche est très structurée et chaque élément de l'exposé est illustré par un exemple concret. Une quinzaine de bébés, d'âges et de milieux variés, sont filmés (parfois avec leurs parents) dans des situations représentant des scènes de la vie quotidienne. Ils évoluent dans des décors (réels ou reconstitués) où une grande liberté d'action leur est laissée, ces conditions expérimentales attirant l'attention sur certains comportements particuliers ou sur des mécanismes d'apprentissage qui sont analysés.

Plusieurs techniques de réalisation sont utilisées pour mieux faire ressortir certains aspects: des vues accélérées montrent, par exemple, la variété des

déplacements pendant une certaine durée; des ralentis décomposent des mouvements complexes; des plans filmés par une caméra au plafond éclairent l'organisation spatiale; de très gros plans détaillent les expressions du visage; enfin, de nombreuses images sont filmées de façon à représenter la vue subjective du bébé sur le monde extérieur. Chaque épisode se conclut par une séquence qui présente le bilan des évolutions accomplies.

Les illustrations sonores variées (musiques et bruitages) contribuent à agrémenter et rythmer le document.

Le document ne propose pas explicitement des recommandations en matière d'éducation ou de sécurité. Implicitement, chaque parent ou éducateur est invité à évaluer sa relation avec les jeunes enfants grâce à une meilleure compréhension des processus d'apprentissage et de développement. Pour ce faire, le commentaire interprète certaines attitudes qui pourraient sembler inquiétantes, attire l'attention sur des détails apparemment insignifiants qui revêtent en fait une grande importance pour l'acquisition future de compétences essentielles, décrit la perception qu'a un bébé du monde extérieur et l'évolution de ses limites.

Les six épisodes sont répartis sur deux cassettes, rassemblées en un coffret:

Les tout débuts: *Bébé possède un don inné pour amener les personnes qui l'entourent à s'occuper de lui. Il peut déjà voir, entendre, sentir et goûter.*

Les premiers pas: *la lutte persévérante et souvent réjouissante de Bébé pour s'asseoir, ramper et, finalement, marcher.*

Saisir: *le nouveau-né attrape tout, prélude à l'habileté et à la créativité que déploie l'enfant de 2 ans.*

Parler: *des premiers gazouillis aux premières histoires.*

Penser: *bébé vide les placards: il apprend à raisonner, à prévoir et commence à résoudre des problèmes.*

Toi et moi: *se comprendre mutuellement, se faire des amis...*

KLEIN L., HICKMAN D. - WALL TO WALL TV

Time Home TV 1994, 150' (6x25')

Référence Médiathèque: SW 0024

La prévention par le changement émergent

Programme d'intervention sur le lieu de travail dans le cadre de 'Namur, entrez sans fumer'.

Promoteur: Echevinat des Affaires sociales de la ville de Namur, Pierre Collard, Hôtel de Ville, 5000 Namur. Tél.: 081/24.63.90.

Montant: 625.000 FB.

Soins de santé primaire

Recherche-action centrée sur le développement de l'assurance de qualité pour des actions d'éducation pour la santé et de prévention en soins de santé primaires.

Promoteur: Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones, Dr Laperche, Dr Morel, chée de Waterloo 255/12, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/534.44.46.

Montant: 2.500.000 FB.

Relais Habitants Santé

Projet à Cureghem, axé sur des relais permettant de faciliter la participation des habitants de ce quartier défavorisé d'Anderlecht à la mise en place d'actions de promotion de la santé.

Promoteur: Les Pissenlits asbl, avenue Clémenceau 10, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/525.00.28.

Montant: 1.700.000 FB.

Médecine préventive

Programme d'adaptation et d'intégration de la médecine préventive et de la promotion de la santé au sein d'écoles situées dans des quartiers défavorisés.

Promoteur: Centre de Santé UCL, Dr K. Levia, Ch. Henkinet, Clos Chapelle-aux-Champs 30 bis 39, 1200 Bruxelles. Tél.: 02/764.30.80.

Montant: 600.000 FB.

Santé familiale

Collaboration ONE-IMS en matière d'éducation pour la santé familiale,

dans le cadre d'une consultation de nourrissons d'une zone d'éducation prioritaire bruxelloise.

Promoteur: Promosanté Scolaire et Familiale, Dr Martha, Av. de Fré 283, 1180 Bruxelles. Tél.: 02/374.37.20.

Montant: 250.000 FB.

Intoxications au CO

Campagne de prévention des intoxications oxycarbonées.

Promoteur: Cultures et Santé, av. de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/513.56.99.

Montant: 500.000 FB.

'La santé en mouvement... J'ai mon mot à dire'

Promotion des activités physiques dans un quartier défavorisé de Bruxelles.

Promoteur: Maison Médicale des Marolles, Béatrice Attout, rue Blaas 128, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/511.31.54.

Montant: 250.000 FB.

Que pense l'opposition du projet de décret en promotion de la santé?

Education Santé a présenté voici trois mois ¹ les grandes lignes du projet de décret réorganisant la politique de promotion de la santé en Communauté française de Belgique. A l'heure où nous écrivons ces lignes, le projet est en discussion à la Commission Santé du Parlement francophone belge.

Le texte ne fait pas l'unanimité. Ainsi, Martine Payfa, parlementaire FDF, s'est livrée à une analyse critique que nous reproduisons ci-dessous. Nous rappelons à nos lecteurs que leurs contributions au débat sur ce sujet seront toujours les bienvenues!

Les origines

La politique de la santé relève des compétences de la Communauté française en ce qui concerne les missions confiées à l'Office de la naissance

et de l'enfance (ONE), l'éducation sanitaire, les activités et services de médecine préventive et l'inspection médicale scolaire. L'ONE est régi par un décret du 30 mars 1983.

Les IMS-PMS sont régis respectivement par une loi du 21 mars 1964 et une loi du 1er avril 1960, sans compter une série d'arrêtés royaux.

La lutte médico-sociale contre la tuberculose est régie par un arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 28 décembre 1990 modifiant l'arrêté royal du 21 mars 1961.

Il y a aussi le décret du 16 avril 1991 portant création de l'Agence de Prévention du Sida et du Conseil scientifique et éthique de prévention du sida.

Enfin, l'arrêté du gouvernement de la Communauté française du 8 novembre 1988 porte création de la

Cellule permanente éducation pour la santé, du Centre de coordination communautaire, des Commissions locales de coordination et des services aux éducateurs. Actuellement, c'est la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx qui a l'éducation sanitaire et les activités et services de médecine préventive dans ses attributions.

La structure actuelle

Considérant que l'éducation pour la santé est "un processus d'apprentissage dont le but est de faciliter l'adoption de comportements favorables à la santé dans le chef des individus, des familles, des groupes et des communautés, et que les approches utilisées

1. Education Santé n°114, janvier-février 1997, pp. 4-5.

vont de l'instruction d'un comportement spécifique à l'apprentissage d'un processus de décision individuel ou collectif", une structure agréée a été mise en place à la fin des années 80.

Cette structure a permis de remédier au statut précaire des travailleurs du secteur et d'inscrire leurs actions dans la durée. Elle est composée de quatre types de services:

- la Cellule permanente éducation pour la santé;
- le Centre de coordination communautaire;
- les Commissions locales de coordination;
- les services aux éducateurs.

La Cellule permanente éducation pour la santé est chargée de proposer au ministre des priorités en matière d'éducation pour la santé, et de lui donner des avis en ce qui concerne les programmes d'actions et de recherches à subventionner.

Le Centre de coordination communautaire est considéré comme la plaque tournante entre les organismes agréés et non-agrégés et les acteurs de santé. Il centralise et diffuse des informations en éducation pour la santé. Il analyse les demandes et les oriente vers les informateurs et les relais les plus adéquats.

Les dix Commissions locales de coordination mettent à la disposition des relais locaux toutes les informations concernant les services et programmes locaux, les documents, les stratégies d'intervention et méthodes. Elles sont l'interface entre les intervenants locaux et les niveaux communautaires. Elles coaniment, coordonnent et aident à la mise en place de projets locaux.

Les services aux éducateurs ont pour mission de répondre à un besoin logistique, méthodologique ou d'information permanent au profit des éducateurs pour la santé, principalement via les Commissions locales de coordination et ce, dans les domaines suivants:

- thématique (accidents domestiques, alimentation, drogue, tabac,...);
- méthodologie (trois écoles de santé publique);
- communication;

- éducation pour la santé de publics spécifiques (femmes, adolescents, milieux défavorisés,...).

Outre ces instances, des programmes d'action et de recherche reçoivent également le soutien de la Communauté française.

Difficultés

Un certain nombre de difficultés sont apparues, nous dit le ministre.

"La politique d'éducation pour la santé n'a fait l'objet que de simples recommandations, ce qui n'a pas facilité la coordination des actions". A la lecture de l'arrêté du 8 novembre 1988, le FDF constate que la politique d'éducation pour la santé est principalement proposée au ministre par la Cellule permanente éducation pour la santé. Or, celle-ci ne dispose que d'une compétence de recommandation (article 7 de l'arrêté).

"Le nombre de services agréés a cru beaucoup plus vite que le volume global des ressources affectées à la prévention, ce qui a entraîné une certaine dispersion des efforts". Le FDF rappelle que l'agrément des services appartient au ministre sur avis de son administration et de la Cellule dont il est question ci-dessus.

"Le secteur a plus privilégié l'amélioration de ses spécificités que la diffusion des initiatives prises en matière d'éducation pour la santé, lesquelles sont restées mal connues du public et des éducateurs, et n'ont pu adéquatement bénéficier du soutien des partenaires locaux dont elles avaient besoin pour s'épanouir". Le FDF se pose des questions. Les moyens financiers sont-ils suffisants pour effectuer ce genre d'activités? Les missions confiées au secteur ne sont-elles pas démesurées vu les moyens disponibles? Les subsides, dans ce secteur, sont en grande partie consacrés à des frais de personnel et de fonctionnement. Il est dès lors logique de constater que la diffusion des initiatives est quelque peu mise de côté. Précisons que les comités d'accompagnement prévus par l'arrêté du 8 novembre 1988 n'ont été mis en place que dans le courant de l'année 1994. Ceci s'explique par une absence d'évaluation pendant six ans.

"Certains services aux éducateurs sont devenus progressivement des promoteurs de projet, en faisant parfois passer au second plan, leur mission d'appui logistique aux Commissions locales. Les thèmes de prévention n'ont guère évolué. Par ailleurs, le secteur d'activités de certains services aux éducateurs ne relève plus des compétences de la Communauté depuis l'entrée en vigueur du décret 2 du 19 juillet 1993".

Le FDF constate que si les services aux éducateurs ont parfois glissé leur mission d'appui logistique aux commissions locales au second plan, c'est pour faire face, en outre, à des contraintes budgétaires. Quant aux thèmes de prévention, il appartient au ministre et à son administration de les faire évoluer ou d'en proposer des nouveaux.

La nouvelle structure

Madame Onkelinx met en exergue cinq lignes de force de la nouvelle structure:

- 1° Un programme quinquennal et un plan communautaire annuel de promotion de la santé seront arrêtés par le gouvernement après consultation des partenaires concernés. L'idée d'un programme quinquennal et d'un plan communautaire de promotion de la santé correspond à l'idée que le FDF prône pour structurer globalement ce secteur.
- 2° Un organe d'avis centralisé sera créé.
- 3° Les anciennes Commissions locales de coordination seront transformées en Centres locaux de promotion de la santé chargés de coordonner la décentralisation de la politique de la Communauté française en matière de promotion de la santé. Le FDF imagine difficilement comment des centres locaux qui sont le résultat d'une décentralisation vont pouvoir coordonner celle-ci.
- 4° Les subventions serviront à financer des projets de recherche d'origine locale ou à vocation communautaire.
- 5° Des services communautaires à vocation logistique et méthodologique seront également créés.

Les objections du FDF

Ces lignes de force ont été traduites dans un projet de décret portant orga-

tôt de trois nouveaux petits. La vengeance de Renart ne s'arrêtera pas là...

Tous les thèmes ne sont pas utilisables dans nos pays (pensons à l'alimentation ou à la vaccination, qui sont des problèmes particuliers à l'Afrique), mais l'hygiène dentaire, les poux, les accidents sont des sujets pour lesquels les brochures l'Enfant pour l'Enfant sont les bienvenues.

Pour tout renseignement: Dr. Elisabeth Dumurgier, l'Enfant pour l'Enfant, Institut Santé et Développement, rue de l'Ecole de Médecine 15, F-75270 Paris cedex 06. Tél. 01.43.26.59.78. ■

Prévention des traumatismes

La prévention des traumatismes et des accidents est aujourd'hui une des préoccupations majeures des responsables de santé publique. Un nombre considérable d'études sont réalisées, de multiples stratégies d'interventions sont mises en place pour prévenir des événements trop souvent considérés comme la conséquence de la fatalité. Pourtant, la prévention mobilise chaque jour, dans beaucoup de pays, des chercheurs, des spécialistes de la communication, des décideurs politiques, des intervenants de terrain.

Parce que la langue et la culture sont les vecteurs indissociables d'une pratique de promotion de la santé qui se fonde d'abord sur l'expression de la population, il a été proposé de créer un réseau francophone de prévention des traumatismes et des accidents. Les actes de ce séminaire témoignent de la richesse des expériences entreprises et de l'importance de la réflexion engagée dans certaines régions d'expression française.

Les exemples présentés dans ce document concernent plusieurs populations, enfants, adolescents, personnes âgées, mais aussi différents types de traumatismes (accidents domestiques, violences, suicides...) et différentes modalités de la prise en charge des problèmes. A la lumière de ces actions, les concepts sous-jacents y sont analysés en fonction de leur effi-

cacité et de leur adaptation aux réalités de chaque situation.

"Prévention des traumatismes et des accidents" est composé d'une mosaïque d'interventions brèves qui facilite l'appréhension de la problématique et montre bien la richesse des initiatives francophones en la matière.

On notera aussi le rôle très actif tenu par Educa-Santé, le service agréé de la Communauté française de Belgique, dans l'organisation de ce séminaire.

Prévention des traumatismes et des accidents, approche des pays francophones, Paris, OMS - Editions Comité Français d'Education pour la Santé, Collection Séminaire, 1996, 232 p. ■

L'ours polaire et le petit d'homme: gras double et petit gros

Dans le cadre du European Childhood Obesity Group, un pédiatre, une psychologue, un diététicien et une kinésithérapeute ont réalisé un livre sur l'obésité chez l'enfant. Voici comment Walter Burniat, le président de l'association et un des auteurs de cet ouvrage présente leur travail.

"Aujourd'hui comme naguère, l'image de l'enfant "en bonne santé" se confond très souvent avec celle de l'enfant replet, dodu, "costaud", qui rencontre à la fois la croyance populaire et la conviction médicale: "il a des réserves". Des réserves pour faire face à une éventuelle disette - les années de guerre, même lointaines, alimentent encore l'argument -, des réserves pour faire face aussi aux aléas de la maladie, de la précarité sociale ambiante.

Mais la prévalence de l'obésité a fortement augmenté ces dernières décennies chez les enfants et les adolescents. Il appert aussi qu'un grand nombre de ces jeunes resteront obèses à l'âge adulte. Ils rencontreront dès lors des facteurs de risque accru sur le plan de certaines maladies qui grèvent actuellement l'espérance de vie.

Groupe à risque pour le futur, les jeunes obèses peuvent présenter des

problèmes de santé actuels liés à leur excès de poids. Prédisposition héréditaire, nutrition inadéquate, sédentarité, assuétude à la télévision, perturbations psychologiques: maints facteurs contribuent à faire basculer des enfants et des adolescents dans la catégorie inconfortable des obèses. Leur prise en charge thérapeutique est très souvent difficile et frustrante.

La prévention de ce problème de santé majeur implique la collaboration de nombreux secteurs concernés par l'enfant et l'adolescent, parmi lesquels ceux de la médecine préventive du jeune enfant (O.N.E.), de la médecine scolaire (I.M.S.) et de l'éducation.

Dans le présent ouvrage, nous voulons livrer une information actualisée à propos de l'obésité en général, de l'obésité chez l'enfant en particulier. Nous avons aussi tenté de proposer des traces pour le dépistage, la prévention et la prise en charge de première ligne des enfants et des adolescents obèses. Cet ouvrage ne s'adresse pas uniquement à des professionnels de santé: plus largement, nous souhaitons nous adresser aussi aux enseignants, aux responsables des cantines scolaires, aux parents, aux enfants et aux adolescents eux-mêmes.

Cet ouvrage est le fruit d'une réflexion pluridisciplinaire: le pédiatre ne peut en effet travailler efficacement dans ce domaine sans la psychologue, le diététicien et la kinésithérapeute. Cependant notre objectif commun est bien de vouloir "décentraliser" la prévention et la prise en charge des enfants et des adolescents obèses. Un travail efficace peut être effectué en dehors de toute structure hospitalière: nous nous sommes appliqués à le montrer. Dans certaines circonstances, et pour certains enfants dans une situation particulièrement difficile, il y aura lieu de référer à des équipes plus spécialisées."

BURNIAT W., CALLENS A., VAN AELST C., VERSTRAETE A., L'enfant et l'obésité, Bruxelles, 1996, 109 pages.

Pour tout renseignement: Walter Burniat, place A. Leemans 5, 1050 Bruxelles. Vous pouvez également contacter Assistance Scientifique Médicale S.C., Micheline Biarent, avenue de l'Hippodrome 31, 1050 Bruxelles, tél. 02/640.63.09, fax 02/647.86.94. ■

usages de la définition la plus connue, celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, et d'en cerner, à l'aube du XXI^e siècle, les enjeux: enjeux publics et privés, économiques et sociaux, médicaux et humanitaires, dans les pays développés comme dans ceux en développement.

Premier choix de ce numéro, celui d'une confrontation pugnace avec le texte de l'OMS. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, largement amendée, il est vrai, au fil des années, n'est-elle pas une définition trop globale, trop idéaliste, inaccessible et sans rapport avec la vie de la plupart des individus? N'est-elle pas une définition statique, qui ne donne pas l'idée d'un processus? N'est-elle pas une définition pour les nantis de la fraternité des hommes?

Seconde piste explorée, la mesure de la santé. La définition est-elle "opérante" scientifiquement, et donc discussion sur le normal et le pathologique. L'est-elle économiquement et donc que sont les dépenses de santé? Peut-on d'ailleurs construire une définition de la santé en toute rigueur méthodologique?

Mais définir la santé n'a d'intérêt que si on tente de l'améliorer. Si l'on sait aujourd'hui que le système de soins participe de façon minoritaire à cette amélioration - le système de protection sociale y contribue d'avantage, comme les numéros précédents de Prévenir se sont attachés à le démontrer - le patrimoine génétique, les premières années de vie, l'environnement socio-économique, le lien social, en un mot les déterminants sociaux, sont maintenant reconnus comme éminemment responsables des trajectoires de santé.

La santé de l'individu est à ce titre une affaire publique et met en jeu "l'harmonie de la société". Il nous faut donc parler de politiques de santé.

Quoi de plus normal après tout. Le besoin de santé est de moins en moins éprouvé comme un manque, une absence, quelque chose de négatif, mais comme un besoin positif. La nature même des activités imposées par la vie sociale exige de chacun une diversité de plus en plus élaborée d'aptitudes physiques, intellectuelles, morales, sociales, aptitudes qui dessinent

une définition de la santé faisant appel à l'individu comme au collectif.

Juste retour final à la définition de l'OMS: "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".

La santé. Usages et enjeux d'une définition, Prévenir, 1996, n°30, 248 pages, 150FF.

Diffusion: Prévenir - CVM, BP 92, F-13362 Marseille Cedex 10, tél. 04.91.18.49.58, fax 04.91.18.49.62. ■

L'Enfant pour l'Enfant

Ce programme d'éducation pour la santé mis en oeuvre par l'Institut Santé et Développement à Paris, repose sur l'idée que l'enfant, même jeune, peut à son niveau agir pour préserver sa santé et celle de son entourage. Il doit apprendre à regarder autour de lui, à poser des questions, à résoudre des problèmes, à trouver des solutions adaptées, et à les appliquer, seul ou en groupe. Cette démarche appliquée à l'éducation pour la santé va lui être utile tout de suite, mais aussi plus tard quand il sera devenu, à son tour, un adulte et un parent, et dans toute sa vie personnelle et professionnelle.

L'Enfant pour l'Enfant est une approche active de l'éducation pour la santé, destinée à faire des enfants des acteurs et des messagers de santé. Le contenu des messages et des activités doit être adapté à l'âge des enfants, à leur niveau, à leurs besoins, à leurs coutumes. Cela nécessite une bonne collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation.

Une des tâches du Bureau l'Enfant pour l'Enfant est de produire du matériel pédagogique-ressource, à modifier, adapter ou même traduire, en fonction des besoins. Il travaille beaucoup sur le jeu, le théâtre et le conte, qui ont le double avantage d'être divertissants et de faciliter la transmission du message. Ce matériel a été fait au départ pour l'Afrique francophone, mais la méthode elle-même est valable partout. Ces documents com-

mencent d'ailleurs à être adaptés et utilisés dans les pays industrialisés:

- pour une éducation au développement;

- pour une approche novatrice de l'éducation pour la santé, qui ne se contente pas de donner des "consignes" à respecter pour soi-même, du genre "lave-toi les mains, brosse-toi les dents, ne fume pas", mais qui apprend à l'enfant la responsabilité et la solidarité et lui demande d'agir pour sa santé et celle des autres;

- enfin, les documents l'Enfant pour l'Enfant peuvent aussi être utilisés avec des mères d'origine immigrée ou non, pour l'alphabétisation, la promotion de la santé des enfants et de la famille...

Sonko-le-lièvre, arracheur de dents

Sonko-le-lièvre est "dentiste" sur les marchés. Bouki-l'Hyène, son ennemi juré qui ne pense qu'à le dévorer, lui joue un mauvais tour auquel il n'échappe que de justesse. Pour se venger de Bouki et de toute sa famille, Sonko imagine un plan machiavélique... à base de friandises.

La première partie du livre est consacrée à l'histoire, la deuxième partie est un complément pédagogique, sur le thème de l'hygiène bucco-dentaire.

Les malheurs de Dame Hersent

Cette histoire est avant tout un divertissement permettant d'introduire, de façon souriante, un thème très sérieux, l'espacement des naissances. On y retrouve les personnages bien connus du Roman de Renart, confrontés à des problèmes contemporains.

Isengrin, le loup, découragé par le peu de gibier qu'il ramène de la chasse et la faim qui menace, confie ses soucis à Renart. Son épouse Hersent a mis bas quatre louveteaux au lieu de deux! Et six mois à peine après la dernière portée. Comment nourrir tout ce petit monde? Renart voit là l'occasion de se venger du loup. Il lui procure des pilules, mais sachant Isengrin égoïste et très jaloux de son épouse, il est sûr que le glouton va les garder pour lui... Il a vu juste et Hersent accouche bien-

nisation de la promotion de la santé en Communauté française. Il comporte 22 articles répartis en 6 chapitres. Nous aborderons brièvement chacun de ceux-ci en faisant valoir nos objections principales.

Chapitre I: dispositions générales

Madame Onkelinx y définit la notion de promotion de la santé (il s'agit du processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et ce faisant d'améliorer celle-ci) et instaure le programme quinquennal et les plans communautaires annuels.

La position du FDF

Madame Onkelinx reprend de manière partielle et imprécise la définition de la promotion de la santé telle qu'elle figure dans la charte d'Ottawa. Le résultat est un concept de promotion de la santé extrêmement restrictif.

Le FDF salue l'idée d'un programme quinquennal et de plan communautaire de promotion de la santé car elle correspond à la nécessité de structurer globalement ce secteur.

Chapitre II: le Conseil supérieur de promotion de la santé

Il est créé un Conseil supérieur de promotion de la santé doté d'une compétence consultative portant essentiellement sur les axes prioritaires et des stratégies en matière de promotion de la santé et de médecine préventive, les projets du programme quinquennal et le plan communautaire. Il est composé d'une vingtaine de membres nommés par le gouvernement et choisis dans des secteurs très variés.

La position du FDF

Le FDF constate que les missions du Conseil supérieur telles qu'énoncées dans cet article le cantonne dans une compétence consultative. Il ne se voit confier aucun rôle de coordination alors que la nouvelle structure se situe en intermédiaire entre les centres locaux et la ministre.

Par ailleurs, l'actuelle Cellule permanente éducation pour la santé sera remplacée par le Conseil supérieur de

promotion de la santé. Elle comptait 7 membres de plein droit tandis que le Conseil supérieur en comptera au moins 20 provenant d'instances très différentes. Quelle est la nécessité de composer une telle infrastructure multidirectionnelle si elle n'a pas un rôle de coordination?

Chapitre III: les services communautaires de promotion de la santé

Ils sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation et de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, aux Centres locaux, et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé.

La position du FDF

Les actuels services aux éducateurs tels qu'ils sont précisément organisés par l'arrêté du 8 novembre 1988 sont supposés devenir les services communautaires de promotion de la santé. Cette transition va se réaliser par un agrément accordé d'office pour une année et prorogée au-delà si le service remplit les conditions des articles 9 et 10 du projet de décret.

La critique essentielle du FDF se situe dans le manque de précision des missions des dits services communautaires de promotion de la santé. A terme, on peut penser que les services communautaires de promotion de la santé issus des 19 services aux éducateurs actuels et du Centre de coordination communautaire vont être réduits en nombre du fait de l'évolution budgétaire (d'environ 65 millions (19 services x 3 millions indexés) à 33 millions). On peut ajouter la remarque pertinente du Conseil d'Etat qui constate que les services communautaires de promotion de la santé et les centres locaux de promotion de la santé (article 11) sont voués à être de simples agents d'exécution du programme quinquennal et des plans communautaires.

Par ailleurs, le texte n'apporte pas de précision au sujet de la forme juridique que peuvent prendre les services communautaires

de promotion de la santé; il n'exclut nullement qu'il s'agisse de personnes de droit privé.

Chapitre IV: les Centres locaux de promotion de la santé

Ce sont des organismes agréés pour coordonner sur le plan local la mise en oeuvre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé.

Ils ont pour missions:

- d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, respectant les directives du programme quinquennal;
- de coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population;
- de documenter ces organismes ou personnes en matière de promotion de la santé et de prévention;
- de transmettre un rapport sur l'évolution des besoins de la population.

La position du FDF

Les actuelles Commissions locales de coordination, telles qu'elles sont précisément organisées par l'arrêté du 8 novembre 1988, sont supposées devenir des centres locaux de promotion de la santé. Le Conseil d'Etat remarque que les centres locaux de promotion de la santé sont voués à être de simples agents d'exécution du programme quinquennal et des plans communautaires. Dans sa conférence de presse, Mme Onkelinx soutient que les missions sont accrues. A la lecture comparative du projet de décret et de l'arrêté du 8 novembre 1988, on peut raisonnablement s'interroger sur la teneur de cet accroissement. Par ailleurs, Madame Onkelinx fait de ces centres locaux l'instrument de la décentralisation, objectif premier de son projet. Constatons que cette décentralisation est déjà réalisée à suffisance dans le chef des dix commissions locales de coordination.

L'article 13, nous dit le Conseil d'Etat, contient des règles qui affectent profondément l'existence, l'organisation et le fonctionnement des centres locaux de promotion de la santé, d'autant plus que ceux-ci doivent revêtir la

forme d'une asbl. Ainsi en va-t-il lorsqu'il est précisé que ces centres doivent "associer pouvoir public et personne privée" et "avoir pour objet l'organisation d'un partenariat pluraliste" et lorsqu'il est imposé aux centres d'accueillir certaines personnes aux réunions des organes de l'association, voire même de leur accorder la qualité de membre. De telles ingérences de l'autorité publique dans l'existence, l'organisation, le fonctionnement et les activités d'une personne morale ne peuvent être admises lorsque celle-ci est une personne de droit privé, au regard du principe de la liberté d'association.

Chapitre V: des actions et recherches en promotion de la santé

Le gouvernement peut subventionner des programmes d'action et de recherche spécifiques à vocation locale ou communautaire sur proposition du Conseil supérieur de promotion de la santé ou d'un Centre local de promotion de la santé ou d'initiative.

Ces programmes d'action ou de recherche doivent correspondre aux objectifs du programme quinquennal ou du plan communautaire de promotion de la santé.

La position du FDF

C'est une manière détournée de prévoir des contrats programmes. On se demande quel en sera l'objet exact, quelles en seront les parties, quelle sera la procédure de leurs conclusions, comment leur exécution sera contrôlée. La question se pose s'il ne s'agit pas, en réalité, de marchés de services, hors compétence de la Communauté française. On ne peut que constater que, désormais, toute action dans le cadre de la promotion de la santé devra obligatoirement s'inscrire dans la rigidité du programme quinquennal et des plans communautaires.

Chapitre VI: dispositions transitoires et finales

Ces dispositions opèrent la transition entre les organismes actuels et les organismes qui seront créés. La Cellule permanente éducation pour la santé

exerce les missions dévolues au Conseil supérieur de promotion de la santé, puis elle sera dissoute. Le Centre de coordination communautaire et les services aux éducateurs deviennent les services communautaires de promotion de la santé. Une période de transition d'un an est prévue.

La position du FDF

Il y a une certaine hypocrisie à transformer le Centre de coordination communautaire et les services aux éducateurs en services de promotion de la santé, d'office pour une durée de douze mois, avec prorogation éventuelle, pour une durée de cinq ans, sous certaines conditions alors que l'on sait pertinemment bien qu'une bonne partie de ceux-ci est destinée à disparaître (contraintes budgétaires). Précisons que placer le Centre de coordination communautaire sur le même pied que les services aux éducateurs agréés dans le cadre de cette transformation, c'est dénier son identité et ses actuelles compétences propres et la qualité du travail réalisé.

On peut s'étonner de ce que la Cellule permanente sera dissoute dès la nomination des membres du Conseil supérieur de promotion de la santé, sans période de transition alors que cette Cellule se trouve à la tête de la structure actuelle.

Critiques et propositions

Le FDF déplore que:

1° Le concept de promotion de la santé remplace celui d'éducation à la santé. En effet, un consensus international a défini à Ottawa (2), en 1986, la promotion de la santé comme étant "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer de plus grands contrôles sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas

seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie simples pour viser le bien-être". C'est donc une politique globale de bien-être qui englobe l'habitat, le transport, l'éducation, etc.

L'éducation pour la santé n'est pas démodée; simplement elle n'est plus la seule approche de la promotion de la santé. La promotion de la santé n'est donc pas l'aboutissement de l'évolution de l'éducation à la santé.

Vu la définition du concept de promotion de la santé, la ministre qui a dans ses missions l'éducation sanitaire, les activités et services de médecine préventive, ne peut pas porter le titre de ministre chargé de la promotion de la santé. La promotion de la santé est une philosophie qui implique de nombreux partenaires. Une personne n'exerce pas à elle seule cette fonction, ce qui n'empêche pas qu'à terme, on puisse imaginer un ministre coordinateur en promotion de la santé.

2° Le nouveau décret pense pouvoir assurer une efficacité accrue dans le domaine de la prévention par le biais de la décentralisation, alors que le schéma directeur élimine un degré de coordination. Or, une décentralisation efficace suppose une coordination. Il en résulte une prévention à caractère "local" sans coordination et donc une absence de vision efficace pour une prévention globale.

3° Le nouveau projet de décret restructure l'ensemble du secteur sans consultation de celui-ci.

Le FDF propose:

1° un "gel" du projet de décret réorganisant la promotion de la santé jusqu'à la réalisation d'une évaluation globale du secteur. A défaut, le FDF rédigera de nombreux amendements. Il y a lieu de revoir l'arrêté de 1988, d'en faire un décret en l'améliorant après évaluation. Au lieu de démolir pour reconstruire autre chose, mieux vaut restaurer le patrimoine existant.

2° de remplacer le terme "promotion de la santé" par celui d'"éducation à la santé et de médecine préventive";

3° de s'interroger sur le progrès réel réalisé par ce projet.

2. La charte d'Ottawa reprenant la définition du concept de promotion de la santé est considérée par les professionnels de l'éducation à la santé comme LE document de base.

La sexualité masculine

Nombreux sont les progrès qui ont été réalisés dans la connaissance de la physiologie sexuelle. Aujourd'hui, les médecins disposent de nouvelles possibilités thérapeutiques pour traiter l'impuissance et l'andropause.

Sylvain Mimoun et Lucien Chaby, tous deux gynécologues-andrologues, s'attachent à ne pas négliger la dimension psychologique de la sexualité, et réfléchissent sur la nature du désir et de l'amour déclinés au masculin.

Dominos n°88

L'adolescente et son corps

Les bouleversements du corps accompagnant la puberté constituent une étape fondamentale de la vie de l'adolescente.

Si l'adolescence ne peut se limiter à ces phénomènes physiologiques, pour Lucien Chaby, il est important que la jeune fille assume et reconnaisse son corps pour trouver une identité sociale et sexuelle.

Dominos n°124.

Le système immunitaire

Le système immunitaire, parfaitement adapté pour lutter contre les infections, sait faire la différence entre les molécules de notre organisme qui doivent être protégées et les éléments étrangers, qui sont considérés comme les agresseurs, et doivent être éliminés.

Mais ces mécanismes biologiques peuvent être soumis à un processus purement mental. A partir de nombreuses études, Louis F. Perrin, médecin, montre combien le stress ou le bonheur peuvent modifier notre résistance aux maladies.

Dominos n°127.

Collection Dominos, Edition Flammarion, 127 pages pour chaque livre, 265 francs. ■

Bien dormir

Si vous faites partie de la confrérie des insomniaques, ce petit guide devrait pouvoir vous aider à mieux fermer l'oeil.

"Bien dormir" n'est pas soporifique pour un sou. Ses principales qualités

résident dans son aspect très didactique, sa concision et son côté humoristique.

En 70 pages, illustrées par les dessins de Serdu, vous comprendrez enfin la différence entre le sommeil profond et le sommeil paradoxal et leur importance pour la santé.

Vous y découvrirez également quels sont les troubles du sommeil et comment vous pouvez remédier à la majorité des insomnies sans devoir recourir à une armada de somnifères.

Chaque chapitre est accompagné d'une synthèse et d'un petit test de connaissance.

Si vous voulez savoir si vous faites réellement partie des "adeptes" des nuits blanches, un petit test au début du guide aura tôt fait de vous rassurer. Vous pourrez ainsi, en toute connaissance de cause, décider de changer vos habitudes et de modifier votre comportement.

L'auteur, Guy Adant, enseignant, licencié en éducation pour la santé, vous livre son expérience d'ex-insomniaque, pour vous aider à redécouvrir les joies du sommeil.

ADANT G., *Bien dormir*, Editions Impact Santé, 1997, (Les guides de Question Santé), 200 francs + 20 francs de frais de port.

Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74. ■

Mener un programme en santé des jeunes

Guide de conduite à l'échelle départementale ou locale

En 1994, la Direction générale de la santé et la Fondation de France ont initié, avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales du Finistère, du Var et des Yvelines, un Programme expérimental en faveur de la santé des jeunes de 12 à 25 ans.

Ce programme, mené pendant deux années dans ces trois départements, a permis la réalisation de multiples initiatives et la consolidation des réseaux

départementaux de professionnels et organismes concernés. Les promoteurs ont souhaité valoriser les nombreux enseignements de ces expériences en éditant un guide pour faciliter le repérage des obstacles et les moyens de les contourner.

Trois parties structurent ce guide.

Dans la première, le récit chronologique de l'élaboration du Programme dans chaque département permet d'aborder concrètement la genèse, les aléas, les écueils et les réussites d'une telle démarche. Plus qu'un modèle qui ne montrerait que ce qui a marché, cette illustration aborde aussi l'envers du décor.

La deuxième partie s'appuie sur les résultats de cette expérience pour dégager des stratégies d'actions: où trouver les données nécessaires? Comment mobiliser les partenaires? Comment encadrer les actions et organiser leur évaluation?

Dans la troisième partie, neuf cas concrets illustrent plusieurs actions locales menées dans les trois départements. Elles ont été choisies pour l'exemplarité de leurs points forts comme de leurs points faibles.

Mener un programme en santé des jeunes; guide de conduite à l'échelle départementale ou locale, réalisé par Gres Médiation Santé, édité par le Ministère du Travail et des Affaires sociales et la Fondation de France, 1996, 72 p. ■

La santé, usages et enjeux d'une définition

Qu'est-ce que la santé et pourquoi la définir?

Est-elle silence des organes, absence de maladie, équilibre des humeurs, osmose avec le milieu, ensemble de sécurités dans le présent et d'assurances dans l'avenir, bien-être?

Cinquante ans après que le besoin d'une définition a été ressenti et concrétisé, en juillet 1946, par une poignée de médecins et un aréopage d'hommes politiques, la revue Prévenir tente d'observer les besoins et les

La promotion de la santé pour les personnes âgées

Voici un document de référence incontournable pour tout professionnel s'intéressant de près ou de loin aux personnes âgées. Il s'agit d'un rapport réalisé en vue d'un séminaire européen, Adding Life to Years - Taking the Necessary Steps to Promote Healthy Ageing, organisé dans le cadre de Bien Vieillir Europe (1).

Ce rapport débute par une analyse des tendances démographiques en Europe: espérance de vie accrue, vieillissement de la population et modifications de la structure démographique. Cette situation a des implications directes sur les coûts économiques et sociaux influencés par l'état de santé et fonctionnel des personnes âgées.

Pour y faire face, la promotion de la santé est une voie à aborder de façon créative pour minimiser l'impact du changement de structure démographique sur la société et s'assurer que les années de vie gagnées seront des années où les individus jouiront d'un bon état de santé.

Les chapitres suivants examinent en détail notre conception actuelle de la promotion de la santé en faveur des personnes âgées et identifient les domaines les plus préoccupants.

"Comment se portent nos personnes âgées?", telle est la question abordée dans le deuxième chapitre. Il met en lumière les connaissances actuelles sur les causes importantes de mauvaise santé chez les personnes âgées et envisage l'impact susceptible d'en résulter sur les coûts des soins de santé.

Le troisième chapitre examine le potentiel de la promotion de la santé pour prévenir ou retarder les premiers symptômes d'une mauvaise santé. Il cite le changement comportemental, notamment pour ce qui est du tabagisme, de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi que la lutte contre les obstacles socio-économiques s'opposant à une vie saine. Les limites d'une approche basée sur la maladie sont néanmoins reconnues.

Le quatrième chapitre s'appuie sur les priorités de santé pour les personnes

âgées qui ont été développées dans les chapitres précédents pour exposer une stratégie de promotion de la santé qui se fonde sur l'approche globale.

Des exemples sont décrits pour chacun des axes de la Charte d'Ottawa: développement d'aptitudes personnelles, création de milieux favorables, renforcement de l'action communautaire, réorientation des services de santé, développement d'une politique publique saine sont ainsi concrétisés et illustrés tout en ouvrant des domaines importants pour la poursuite des recherches.

Le dernier chapitre indique la voie à suivre: recommandations et priorités d'intervention sont précisées sans oublier que la promotion de la santé pour les personnes âgées est un processus qui dure toute la vie.

"La promotion de la santé pour les personnes âgées" Ageing Well Europ, Eurolink Age 1996, 40 p. Disponible à l'adresse d'Education Santé, contre l'envoi de 4 timbres à 17 F (1 exemplaire par demande, nous n'en avons qu'une cinquantaine...).

(1) Ce programme coordonné par Eurolink Age, en partenariat avec la Commission européenne, DGV et Merck Sharpe & Dohme (Europe) Inc.

Petit étalage de Dominos...

Elle s'étoffe, elle s'étoffe la collection Dominos, publiée aux éditions Flammarion. Ces petits précis, scientifiques mais grand public, en deux parties ("un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir") vont déjà passer le cap du numéro 200.

Nous vous présentons les quelques titres parus récemment sur des thèmes de santé ou médecine.

La douleur

La souffrance chemine de manière diffuse et autocontrôlée dans le corps, jusqu'à son aboutissement dans le cerveau.

Pour Marc Schwob, psychiatre, spécialiste de la douleur, la souffrance est ressentie et donc verbalisée différem-

ment par chacun selon ses origines culturelles, religieuses, ethniques...

Dominos n°39.

Alimentation et santé

Outre la satisfaction des besoins énergétiques dans le respect des grands équilibres nutritionnels (protéines, glucides, lipides), l'alimentation peut-elle jouer un rôle dans la prévention de certaines maladies?

Pour Christian Rémésy, directeur de recherche à l'INRA, la nutrition préventive, discipline en devenir, pourrait contribuer à diminuer l'incidence de nombreuses pathologies.

Dominos n°44.

La ménopause

La ménopause n'est pas une maladie, mais cette période de transition est néanmoins marquée par des manifestations somatiques telles que bouffées de chaleur, prise de poids...

Pourtant, tenir compte des dimensions psychologique et symbolique de la ménopause est essentiel pour réellement la comprendre, comme nous le montre Lucien Chaby, gynécologue.

Dominos n°47.

Anorexie, boulimie, obésité

Les troubles du comportement alimentaire et les problèmes pondéraux donnent lieu à de foisonnantes recherches; différentes thérapies sont aujourd'hui proposées.

Pour Gérard Apfeldorfer, psychiatre et psychothérapeute, la personne sujette à ces troubles souffrirait d'un excès de sensibilité au monde allié à un défaut d'intériorité. Résoudre ses problèmes passe par une modification de ses rapports avec soi, les autres et le monde.

Dominos n°53.

Les drogues

Les drogues sont des substances qui ont pour propriété commune d'affecter la transmission nerveuse.

Denis Richard, pharmacologue et enseignant universitaire, montre leur action sur le psychisme et décrit ainsi les mécanismes neurochimiques de dépendance.

Dominos n°66.

Et si on 'empouvoirait'?

Le fonctionnement politique comme indicateur de santé

Parmi les différentes missions attribuées à un chercheur en promotion de la santé, il en est certaines nobles et d'autres périlleuses. Participer à un colloque ou en synthétiser la quintessence en sont des exemples. La présentation que je souhaiterais faire au fil de cet article concerne un nouveau concept, développé entre autres dans le domaine de la santé communautaire, et qui fut abordé à Turin lors de la 3e Conférence européenne sur l'efficacité¹.

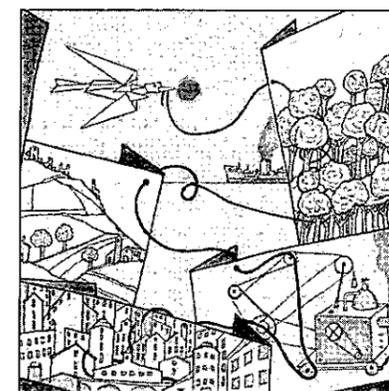
Je laisserai ainsi le lecteur libre de définir les limites du noble et du périlleux. Il n'est hélas pas de mon ressort de vous entretenir des jolis quartiers de la capitale piémontaise.

En ces temps de crise de confiance envers les régimes démocratiques, il m'a semblé que la notion d'empowerment venait à bon escient pour faire le point sur les liens entre la prise en charge de sa santé et la gestion d'une certaine politique. Autrement dit, ce concept est l'occasion pour les personnes travaillant dans le contexte de la santé communautaire de développer leur réflexion, voire d'acquiescer une nouvelle stratégie. C'est donc de la santé dans sa forme la plus globale qu'il va être question ici.

Je structurerai ce texte en trois parties: la première brosera les fondements empiriques et théoriques d'un point de vue historique, la seconde présentera les enjeux du concept et la dernière apportera des éléments pour une application globale.

Aperçu historique

Le terme *empowerment* ne connaît aucun équivalent francophone. On pourra parfois entendre, de la part de certains auteurs québécois, le terme *empouvoirement*, issu du verbe *empouvoier*, où l'on retrouve le mot *pouvoir* (de l'anglais *power*). Mais, même si l'on peut rapprocher ce concept de l'autonomisation ou de la gestion appropriative², je maintiendrai l'utilisation du terme anglais, car le champ d'étude que propose l'empowerment me semble particulier.



C'est dans un contexte de revendications sociales, initié par le mouvement des droits civiques conduit par Martin Luther King, que la perspective communautaire a vu le jour dans les années soixante aux Etats-Unis. Le constat est clair: malgré l'implantation de réformes coûteuses, l'Etat s'avère incapable d'offrir des services adaptés aux communautés. Pour y parer, l'individu doit contribuer au développement de son implication au niveau local.

C'est sous l'impulsion d'un groupe de psychologues cliniciens, que naît en 1965 lors de la conférence de Swampscott, un nouveau courant de recherche: la psychologie communautaire³. Les personnes présentes s'entendent sur la nécessité d'intégrer les facteurs environnementaux lors de l'analyse des problèmes de santé mentale.

Les orientations furent avant tout d'ordre idéologique. Il faudra attendre la conférence de Chicago en 1988 pour véritablement parler de reconnaissance. La perspective écologique est adoptée: l'intérêt se centre sur l'interdépendance entre la personne et son milieu. C'est à cette époque également que se développe le concept de promotion de la santé par le biais de l'élaboration de la charte d'Ottawa (1986).

Dans une société, tous les individus ne sont pas en mesure de fournir la même analyse de leur environnement, ni même d'y répondre de manière adaptée.

D'un côté se trouvent les personnes capables d'intégrer les normes, capables de comprendre les structures

sociales et capables de participer aux prises de décisions. Elles bénéficient généralement d'un bon accès aux ressources collectives (sociales, sanitaires, culturelles, etc.).

Et de l'autre, des personnes démunies, n'ayant pas les mêmes accès à ces ressources, progressivement rejetées du système et isolées. Elles n'ont bien souvent le droit que de consommer et d'être encadrées, assistées, prises en charge ou parfois même infantilisées⁴⁻⁵.

Sur la base de ce constat, la promotion de la santé, au même titre que la psychologie communautaire, aura pour objet de contribuer au développement d'un système d'organisation sociale dans lequel tout le monde trouve sa place. On parlera de démocratie participative, de réseaux de soutien, de groupes d'entraide, de participation communautaire, etc.

C'est toutefois le concept d'empowerment qui aidera le mieux à comprendre comment un individu rejeté du système est à même d'accroître son niveau de contrôle au sein d'une activité. Comme le définit Rappaport⁶, l'empowerment est *ce processus ou mécanisme par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les événements qui les concernent*.

1 Conférence intitulée 'Evaluation de la qualité en promotion de la santé et en éducation pour la santé', organisée par l'Union Internationale pour la Promotion et l'Education pour la Santé du 12 au 14 septembre 1996 à Turin.

2 SCHOONBROODT C., GELINAS A. La prévention par le changement émergent: apprendre à gérer les problèmes. In: Education Santé n°108. Juin 1996: 3-10.

3 LE BOSSE Y. LAVALLÉE M. Empowerment et psychologie communautaire, aperçu historique et perspectives d'avenir. In: Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. n°18. 1993: 7-20.

4 FRANCK J. Vers une société de plus en plus infantile. In: Libre Propos. La Libre Culture n°87 Supplément à la Libre Belgique du 10 janvier 1997: 2-3.

5 PANIER CH. La justice, service après-vente d'une société en perte de repères? In: Imagerie n°2. Hiver 96: 2-3.

6 RAPPAPORT J. Terms of empowerment/ exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. American Journal of Community Psychology. 1987: 15(5): 121-144.

Enjeux

L'intérêt principal du concept d'empowerment est qu'il permet de cerner de près une réalité importante: des personnes ayant des conditions de vie incapacitantes (marginalité, pauvreté, etc.), prennent leurs responsabilités et font avancer leur cause. Ces personnes tirent de cette activité un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie. Ceci les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologique que ces conditions de vie entraînent habituellement.

La notion d'empowerment sous-entend que le système social et politique en place influence le bien-être global dans lequel évoluent les individus. Ceux-ci doivent être en mesure d'exercer un contrôle direct sur les décisions et les événements qui ont un impact sur leur vie quotidienne⁷. Et réciproquement, cette notion sous-entend que c'est la participation des individus à différentes activités au sein d'un groupe qui modifiera le système social. C'est alors de cette double interaction qu'apparaît la possibilité d'une prise de conscience de ses propres capacités au niveau individuel.

Des femmes au foyer, par exemple, souhaitent se plaindre de l'état de propreté des escaliers de l'immeuble dans lequel elles vivent. Elles décident d'intervenir lors du conseil de gestion des locataires. Elles s'y intègrent et proposent après quelque temps leurs services pour une tournante dans l'entretien. Leur participation à ce niveau de décision les implique derechef dans un autre rapport à leur environnement. Leur maîtrise croît, ainsi que leur sentiment de contrôle. La naissance de ce groupe peut déboucher en fin de compte sur la création d'ateliers de couture, de cuisine, de théâtre, etc.

Une façon tout aussi juste de parler de l'empowerment est de faire référence, comme P. Freire⁸, à l'idée de conscientisation ou plus exactement de prise de conscience par l'action. Cela signifie que pour atteindre un niveau donné de participation, l'individu doit prendre part à l'action sociale. Il doit initier des activités susceptibles de lui procurer la base expérientielle nécessaire à la prise de conscience des liens qui existent entre son environnement et son vécu personnel⁹.

Un processus

L'empowerment est donc un processus, il recouvre une dimension dynamique, circulaire et continue. La pratique entraîne de nouveaux apprentissages qui eux-mêmes entraînent une prise de conscience et de nouvelles opportunités d'action. Ceci nécessite du temps, des années (5 à 10 ans¹⁰) durant lesquelles l'individu ou le groupe développera ses capacités.

Le processus d'empowerment a été décrit notamment par Kiefer¹¹ et Lord¹². Les étapes reprises dans le schéma suivant synthétisent et intègrent leurs modèles respectifs. On y découvre les éléments majeurs constituant l'évolution du contrôle chez l'individu.

Sentiment d'impuissance

Environnement social négatif; être isolé socialement.

Avoir des choix limités; subir.

Prise de conscience

Analyser les enjeux d'une implication personnelle au sein d'un groupe, d'une communauté.

Etablir des liens entre les problèmes sociaux et le vécu individuel.

Apprentissage de nouveaux rôles

Développer des stratégies de ressources pour atteindre un rôle social et politique plus important.

Entrer en contact avec les participants et les intervenants.

Multiplier ses choix, ses occasions de rencontre.

Engagement social

Se joindre à des groupes; s'exprimer.

Améliorer son aptitude à la participation.

Exercer une influence; accroître ses compétences.

Posséder un niveau de conscience aigu.

Que la prise de conscience se fasse par le biais de lectures, rencontres, formations, actions concrètes, conférences ou autres, elle semble être la source première du développement

des compétences, et par là du contrôle perçu. C'est une prise de conscience personnelle, centrée sur soi et sur son rapport aux autres¹³. De là résulte une capacité d'intégration au groupe, déterminée d'une part par la perméabilité nouvelle de la personne et, d'autre part, par l'accueil, la disponibilité des membres et de l'animateur et surtout la présence de pairs dans le groupe.

La prise de conscience n'est pas le produit d'un processus naturellement lié à la participation, mais plutôt le fruit d'une démarche d'explicitation, fondée sur une analyse sociale précise et une méthodologie spécifique. C'est cette dernière qui justifiera un encadrement adéquat de la part de l'intervenant en santé communautaire.

Des indicateurs

Pour mesurer l'évolution du niveau de contrôle des individus, les indicateurs psychologiques traditionnels de bien-être (estime de soi, motivation, sentiment de compétence personnelle, etc.) ne sont plus suffisants. On parlera ici du critère de vécu d'empowerment, plus conforme au vécu des personnes. Il est un indicateur de bien-être plus pertinent car il tient compte à la fois des perceptions subjectives de l'individu et des conditions objectives qui caractérisent son contexte socio-politique.

7 HARVEY G. Le modèle d'autogestion de la santé. In: *Education Santé* n°113. Décembre 1996: 7-12.

8 FREIRE P. *Pédagogie des opprimés*. Petite collection Maspéro. Paris. 1977.

9 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. op cit.: 15

10 EKLUND L. *From citizen participation towards community empowerment*. Thèse de doctorat. The Nordic School of Public Health. Göteborg, Sweden. 1996.

11 KIEFER C.H. *Citizen empowerment: a developmental perspective in Prevention in Human Services*. 3 (2-3) 1984: 9-36.

12 LORD J. *Des vies en transition: le processus d'habilitation personnelle*. Programme de participation des personnes handicapées. Hull. Publication du secrétariat d'Etat du Canada. 1991.

13 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. *Le vécu d'empowerment en milieu communautaire: analyse des relations entre le contrôle perçu et différents indicateurs potentiels de l'empowerment personnel*. In: *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. n°31. 1996: 62-90.

Locale

Il n'y a pas qu'à l'école que l'on apprend et que l'on vit la santé

Introduction

Un pourcentage important des projets dans lesquels les CLC et les acteurs du secteur "éducation et promotion de la santé" sont impliqués, est centré sur un public cible en âge scolaire.

Il nous semble que plusieurs raisons peuvent être avancées pour éclairer ce constat.

Il est évidemment plus pertinent et plus facile de veiller à installer des comportements bénéfiques pour la santé dès le plus jeune âge lorsque l'individu est plus "souple" plutôt que de laisser s'installer des comportements "inadaptés" et d'essayer ensuite de les modifier.

Les enfants et les adolescents peuvent aussi être considérés comme un public aisément accessible. En effet, c'est un public captif, joignable sans trop de difficultés car rassemblé en un seul lieu, regroupé en niveaux homogènes, dans un cadre organisé; de plus, c'est un public qui se trouve en situation d'apprentissage et donc a priori plus réceptif.

Il ne faudrait pas pour autant perdre de vue qu'il existe d'autres publics cibles (présents dans d'autres lieux de vie ou appartenant à une autre tranche d'âge) pour lesquels des besoins spécifiques existent dans le domaine de la prévention primaire. Si ces publics adultes ne se situent plus dans une tranche d'âge optimale pour des apprentissages ou des modifications de comportements, ils présentent toutefois d'autres caractéristiques favorables au développement de projets de promotion ou d'éducation pour la santé.

Ainsi ce public possède un pouvoir de décision et une possibilité d'application effective de celles-ci dont l'enfant et même l'adolescent ne disposent pas. Ce public peut aussi avoir un effet contaminant et multiplicateur plus significatif par rapport à son entourage que celui que pourraient avoir l'enfant et l'adolescent.

Les moyens d'intervention, les stratégies à développer, les thématiques en-

visagées (accident de travail, maladies sexuellement transmissibles...) sont spécifiques mais des ressources existent et la CLC peut apporter un soutien aux personnes désireuses de mener un projet dans ce contexte.

Intervention de la CLC dans le milieu du travail

Si la CLC est habituée à un certain mode de fonctionnement, à travailler avec certains relais en lien avec le public enfant et adolescent, les autres expériences sont cependant multiples et les ressources disponibles importantes.

Ainsi, d'autres lieux de vie tel que le milieu du travail possèdent également des atouts favorables pour le développement de projets.

Le public est lui aussi un public captif. Au même titre que le milieu scolaire, le milieu du travail comporte souvent en son sein des personnes (comité SHELTY - comité de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail) dont les missions leur permettent de jouer un rôle de "relais santé globale" au sein de l'institution. Chacun prendra en charge cette fonction selon sa motivation personnelle, les moyens qui seront mis à sa disposition,...

C'est en collaboration avec ces relais que la CLC de Huy-Waremme a développé depuis plusieurs années des activités dans les entreprises suivant trois grands axes.

La CLC a mis en place ou a contribué à la mise en place par d'autres intervenants de projets comportant des axes "formations - gestion de projets" dans le milieu de l'entreprise par rapport à la prévention du tabagisme, de la gestion de l'alcoolisme. Dans ce cadre, l'objectif est de donner aux relais concernés les moyens de fonctionner de façon autonome pour construire les futurs projets que l'entreprise va développer autour de ces thématiques.

La CLC a fourni des informations, un soutien logistique et méthodologique dans le cadre de campagnes pon-

ctuelles souvent guidées par l'actualité des diverses journées mondiales de l'OMS.

Dans le cadre d'un projet s'inscrivant sur le long terme, la CLC apporte un soutien tant méthodologique que logistique pour la mise en place d'actions thématiques variées bimestrielles. Le thème est différent tous les deux mois mais l'action s'organise chaque fois selon le même schéma: campagne d'affichage au sein de l'entreprise, mise à disposition de livres, cassettes vidéo, jeux... pour la durée de l'action, distribution "d'enveloppe prévention" à chaque membre du personnel comportant différents dépliants d'informations.

Perspectives

Dans le cadre du Centre local de promotion de la santé (CLPS), nous comptons systématiser ce type de démarche en continuant à répondre aux demandes mais aussi en les suscitant.

Nous proposerons aux entreprises de l'arrondissement qui disposent d'un comité "SHELTY" de les soutenir dans la mise en place de campagnes de prévention mensuelles ou bimestrielles.

Lors d'une séance d'information, rassemblant les entreprises de la région, les responsables du CLPS et des entreprises avec lesquelles ils collaboreront déjà, présenteront les types de projets qu'on peut aisément envisager de mettre en place. On évitera de solliciter, dès le départ, un investissement pouvant rapidement être perçu comme trop lourd par les responsables des comités "SHELTY". Nous ferons essentiellement état des services documentaires (dépliants, affiches, matériel didactique, livres...) et méthodologique que le CLPS peut rendre. Nous mettrons également en évidence les échos positifs récoltés auprès des travailleurs des entreprises déjà impliquées.

Benoît Dadoumont, CLC Huy-Waremme ■

3. POUR LA SOCIÉTÉ

Risques, symptômes

- Augmentation de la population âgée
- Risques liés à la marginalisation de cette population
- Pathologies dépistées tardivement (démences...)
- Coûts médicaux
- Coûts d'hospitalisation
- Coûts de revalidation, de rééducation...
- Coûts liés au placement en M.R.S.

Bénéfices des groupes

- Population en bonne santé mentale, ayant son rôle et sa fonction, entre autres ceux de la transmission de la mémoire collective
- Personnes intégrées et responsables
- Prévention de troubles psychiques et physiques
- Coûts diminués
- Réflexes d'auto-revalidation et de rééducation
- Maintien à domicile favorisé et facilité car meilleures conditions mentales
- Placements mieux assumés, mieux préparés.

L'animation

Les animateurs doivent avoir une formation solide de thérapeute pour se former, ensuite, à la pratique des "groupes de la mémoire".

Les participants connaissent ces formations, elles sont nommées lors de la présentation.

L'animation est toujours assumée par deux personnes d'âges différents de telle sorte que les aspects intergénérationnels travaillés se retrouvent dans les deux sous-systèmes formés par ce groupe à tâche, celui des participants (ex.55-78 ans) et celui des animateurs et stagiaires.

Le travail d'animation des groupes s'appuie sur les théories thérapeutiques suivantes:

1. D'une part, sur les théories des thérapies systémiques constructivistes et constructionnistes sociales quand elles développent les aspects sociaux de la mémoire ainsi que pour la gestion et la compréhension des mécanismes du fonctionnement du groupe.

2. D'autre part, sur le modèle de la thérapie à médiation (assises théoriques analytiques freudiennes) développée par le Dr Danielle Flagey et la Ligue Bruxelloise de Santé Mentale dans les années 70 et suivantes au niveau de la compréhension des mécanismes individuels exprimés par la plainte de troubles de la mémoire.

3. Et, enfin, sur la compréhension des

mécanismes mnésiques individuels étudiés dans les travaux du professeur Martial Vanderlinden de l'UCL ainsi que dans ceux d'Alan Baddeley ("La Recherche" 267 juillet août 1994 volume 25).

Conclusions

En guise de conclusion, voici quelques extraits de bilans de participants:

"J'étais inquiète craignant un début de déficience due à l'hérédité (...). Je suis rassurée à ce sujet (...) malgré et surtout malgré mon âge, je ne dois pas m'encroûter, me dire que "je ne suis plus dans le coup" mais bien au contraire, rester curieuse de ce qui m'entoure, m'informer, être ouverte aux autres et à la nouveauté, rester dans la course, à mon rythme, en utilisant les repères, les trucs, les astuces..." (femme, 68 ans).

"Dorénavant, je sais ce qui me reste à faire, écouter... beaucoup plus écouter et la mémoire aidera à restituer." (femme, 61 ans).

"Une volonté renforcée de profiter au mieux des acquis et des opportunités futures (...). J'ai pris conscience et ce pour la première fois que j'ai tendance à critiquer en premier lieu et à rechercher les côtés négatifs d'un problème ou d'une situation..." (homme, 65 ans).

"Une assurance plus grande pour l'avenir..." (femme, 65 ans).

"La recherche de vieillir mieux..." (femme, 67 ans).

"L'absence de compétition m'a déliivrée du stress de retenir" (femme, 63 ans).

"Eveiller notre intérêt et aussi réveiller une certaine vivacité d'esprit et de compréhension des exercices qui nous rendent un peu fiers de nous..." (femme, 78 ans).

"Chacune a sa particularité reconnue (et retenue!?) par chacune..." (femme, 72 ans).

"J'ai repris un exercice sous forme de jeu pour mes petits-enfants! Ils attendent toujours le jour où je participe à un groupe!" (femme, 68 ans).

Nous aurions voulu, en conclusion, uniquement laisser parler les personnes âgées... car c'est grâce à elles que la philosophie des groupes s'est clarifiée, grâce à elles que nous avons pu développer une pratique qui, à la fois nous a donné raison d'y croire, nous a permis d'affiner nos perceptions et de structurer ces "groupes de la mémoire".

Il est, cependant, intéressant de constater que les participants rejoignent l'analyse du Dr Philippe Meire lorsqu'il insiste "sur le fait que la santé n'est pas un état, mais plutôt un rythme, une allure accompagnant ce voyage qu'est la vie... que l'éducation pour la santé cède la place à quelque chose de nouveau, qui serait une initiation à l'art de vivre, initiation dont les secrets se transmettent de génération en génération..." (extrait de l'article de Christian De Bock "Les âges de la vie" dans "Éducation santé" n° 79 en juin 93).

Notre objectif est de permettre et de rendre aux individus vieillissants la conscience de leur présent, de leur passé et de leurs désirs pour leur futur; leur permettre de se réapproprier leur vie et leurs vécus même s'il est légitime de vivre difficilement certaines pertes d'autonomie liées à l'âge.

Claire Couder-Wilberz, Coordinatrice de l'asbl "Au Fil du Temps"

L'asbl "Au Fil du Temps", subsidiée par le Ministre de la Région Wallonne Monsieur Taminiaux et par la Province du Brabant Wallon, organise les "Groupes de la Mémoire" en Brabant Wallon. Pour tous renseignements complémentaires: "Au Fil du Temps", rue A. Quintens 17, 5032 Corroy-le-Château. Tél.: 081/63 37 31. ■

> C'est au travers des activités initiées par et pour l'individu que l'intervenant en santé communautaire pourra découvrir les éléments constitutifs des perceptions subjectives de l'individu quant à l'accroissement de son niveau de contrôle. Une série de questions l'y aideront:

- quelles sont les sources de contrôle et d'épanouissement personnel au sein de l'activité?
- quelles sont les caractéristiques de ces activités qui favorisent un accroissement du contrôle?
- quelle est la place de l'individu dans cette action (degré de responsabilité)?
- quelle est la nature de l'activité?
- quelle est l'activité qu'il initie (degré de participation)?
- de quelle nature sont ses relations au sein du groupe?
- etc.

Les activités du groupe sont naturellement propres à chaque milieu de vie et impliquent des perceptions subjectives particulières. Il est en effet fort probable que des indicateurs de bien-être psychologique pour des personnes âgées dans un home seront fort différents de ceux observés pour des jeunes sans emploi en zone rurale.

L'entrée dans un processus d'empowerment peut être favorisée par certaines caractéristiques personnelles¹⁴: un sens psychologique de la communauté, une grande estime de soi, un sentiment d'efficacité personnelle voire encore une préférence à s'impliquer dans les affaires publiques. Mais ce sont là des caractéristiques peu fréquentes chez les personnes marginalisées.

Je pense donc qu'il est important pour l'animateur de garder à l'esprit que tout le monde ne peut (ni ne doit¹⁵) atteindre le même niveau d'implication dans la gestion de son milieu. Les deux premières étapes du processus semblent déjà suffisantes en terme de gain de santé: la prise de conscience et le développement de stratégies.

> Pour ce qui est des conditions objectives constitutives du vécu d'empowerment, il semble qu'un contexte d'action communautaire soit plus propice à l'apparition du processus. La participation communautaire offre en

effet une opportunité réelle d'empowerment par le biais de certains mécanismes.

C'est d'abord la reconnaissance, par les autres, de certaines compétences qui assure un gain au niveau du contrôle personnel¹⁶. Parallèlement ou suite à cette intégration, les personnes développent de nouvelles connaissances grâce à l'information disponible, sous forme de séances de travail, de conférences ou simplement d'échanges avec les autres membres. De ce point de vue, l'adéquation entre d'une part, les besoins des membres et d'autre part, les services offerts, constitue un atout important. Mais il ne s'agit pas d'une simple question de contenu, il y a aussi le langage utilisé, le format choisi, les horaires retenus, etc.

C'est un ensemble d'éléments, de circonstances, qui font en sorte que l'activité est taillée sur mesure et rend les participants perméables aux propos tenus dans ces contextes.

L'acquisition de compétences en savoir-être résulte souvent de cette période d'assimilation du savoir. Elle est complétée par le développement d'amitiés au sein du groupe qui constitue pour plusieurs une sorte de milieu protégé dans lequel on peut essayer de nouvelles façons d'être en toute sécurité¹⁷. Des initiatives en matière de responsabilité sont alors développées. Chacun peut relever un défi personnel avec un minimum de risque.

La participation communautaire exerce donc une véritable fonction de catalyseur. Lieu de transition entre isolement et intégration sociale, le groupe communautaire parvient à toucher les personnes dans leur milieu et à leur offrir une forme de soutien efficace et adapté. Accueillie comme une personne a priori compétente, du simple fait de son expérience de vie, l'individu bénéficie d'une qualité d'écoute et de rétroaction souvent absentes de son environnement quotidien. Au milieu de ses pairs, il trouve l'opportunité d'exercer ses compétences personnelles et d'élargir ses perspectives¹⁸.

L'intervenant en santé communautaire tentera d'établir des liens entre le groupe et la société. Il tentera de permettre au groupe d'exister au-delà du groupe. Il cherchera ainsi à savoir:

- quelles sont les particularités du groupe bénéfiques à l'extérieur de celui-ci;
- quel réseau du tissu social est susceptible de les intégrer;
- quelles associations sont potentiellement partenaires de leurs activités;
- quelles relations ce groupe peut investir avec les élus politiques d'un côté et le reste de la population d'un autre côté;
- quelle place ce groupe peut prendre en terme de pression au niveau des décisions de la commune;
- etc.

Cet aspect puise entre autres son inspiration dans les groupes de réinsertion socio-professionnelle que sont les ateliers cuisines¹⁹. La première tâche de l'animateur de ces ateliers est de constituer le groupe et le faire évoluer vers une amélioration de l'équilibre alimentaire des personnes défavorisées, mais aussi de leur intégration sociale. Après un temps, propre à chaque groupe, une autonomie des individus apparaît, en parallèle à leur recouvrement de contrôle personnel. La tâche suivante qui incombe à l'animateur est alors de prévoir la possibilité pour ces personnes de dépasser ce groupe et de trouver leur place au sein de la société, dans des entreprises d'apprentissage professionnelle, cuisines collectives, ...

Le relais santé devient un partenaire du fonctionnement démocratique. Il veille à la gestion des prédispositions individuelles, à l'évolution du développement de chacun et à la cohérence des conditions contextuelles. Sa mission devient d'intégrer le groupe dans

14 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. op cit.: 83

15 LONFILS R. La participation, renforcement des valeurs et normes de la société? In: Education Santé n°109. Juillet-Août 1996: 3-4.

16 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. op cit.: 85

17 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. op cit.: 85

18 LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. op cit.: 87

19 LECHIEN X. BOURLET S. Les cuisines-rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé. In: Education Santé n° 110. Novembre 1996:10-14

la société. Il se doit également de développer pas à pas une des conditions majeures de la santé communautaire: l'intersectorialité. Ou, autrement dit, de veiller à ce qu'un réseau social, local ou régional, permette une cohérence globale.

Pour une approche communautaire globale

Ainsi, au fur et à mesure qu'il développe son sentiment de contrôle personnel, l'individu étend ses compétences nouvelles aux différentes sphères de son environnement quotidien, mais seulement si celui-ci le permet. Il semble donc important de veiller à ce que la personne ne s'enferme pas dans ces nouvelles relations, dans ce nouveau groupe. Quel serait en effet le

progrès réalisé si les participants du groupe étaient incapables de le remettre en cause, de l'élargir, voire de le quitter?

Les bénéfices d'un tel cheminement individuel ne devraient-ils pas au contraire trouver un écho au-delà du groupe? Il est en effet fort probable qu'une société intéressée par un fonctionnement démocratique réel (référendum; consultations populaires; commissions et conseils consultatifs; conseils communaux des enfants, des sans-logis, des personnes âgées, etc.) doit être en mesure d'attirer ces personnes aux divers niveaux de décisions et de participation.

L'accès à des structures démocratiques réelles permettrait une continuité entre le groupe et la société. L'individu pourrait apprendre à dépasser

son niveau personnel, où la gestion de son environnement aurait un tout autre sens²⁰.

Le fonctionnement politique n'apparaît-il pas comme étant un indicateur potentiel de santé globale, un terrain d'action propice à une certaine cohérence dans la responsabilisation des individus? L'intermédiaire à cet élargissement ne pourrait-il pas être l'éducateur pour la santé, maillon entre le politique et le terrain, susceptible de développer des actions favorisant un meilleur contrôle sur soi et son environnement direct?

Xavier Lechien, chercheur en promotion de la santé, APES-STES-Ecole de Santé Publique, Université de Liège

²⁰ ROMAN J. *Qu'est-ce qui fait lien?* In: *Projet n° 247*, Septembre 1996: 7-15.

Un modèle 'latin' de promotion de la santé

Les considérations théoriques proposées ci-dessous sont basées sur de nombreuses années d'expérience du Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs. Ce dernier joue depuis longtemps un rôle pilote en France; il est donc particulièrement intéressant d'entendre ses réflexions sur un modèle qui a dû se frotter au travail sur le terrain d'une structure décentralisée.

Introduction

Les diverses définitions et conceptions de la santé génèrent obligatoirement des approches différentes de la promotion de la santé définie dans la charte d'Ottawa comme "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci"¹⁴. Les théoriciens de la promotion de la santé^{2, 13} définissent cinq approches: l'approche médicale, l'approche comportementaliste, l'approche éducative, l'approche consensuelle, l'approche sociale. En fait, chaque professionnel "promoteur de santé" utilise une ou plusieurs de ces approches en fonction de sa formation initiale, son lieu d'exercice.

Ces approches correspondent à des objectifs, à des méthodes et à une conception de la relation professionnels/citoyens différents. Dans une structure d'éducation pour la santé, toutes les approches précitées sont utilisées en fonction des projets développés.

Un moyen plus analytique d'identifier des approches en promotion de la santé consiste à développer des modèles. Un modèle est une représentation abstraite de la réalité, un cadre conceptuel¹³. Les modèles sont générés par des critères identifiés qui déterminent la pratique. En voici quelques-uns: les objectifs recherchés, le degré de contrôle des activités par les promoteurs d'actions, l'objectivité ou la subjectivité des connaissances auxquelles les promoteurs se réfèrent, la population rejointe par les promoteurs, le type de société recherchée, la place des citoyens,...

Plusieurs modèles tentent de donner un cadre conceptuel à la promotion de la santé; il s'agit entre autres des modèles de Caplan et Holland⁴, et de celui de Beattie¹. Ce dernier postule que les deux piliers fondamentaux de la promotion de la santé sont le type

d'interlocuteur auquel on s'adresse (l'individu ou le groupe) et le type de relation que l'on établit avec cet interlocuteur (autoritaire ou négociée).

D'autres modèles s'attachent davantage à classer et articuler les diverses activités relevant de la promotion de la santé; il s'agit des modèles de French et Adams⁶, de Tannahill⁵, de Tones¹⁵.

L'objectif de cet article est de partir du modèle de Beattie qui semble le mieux correspondre aux valeurs et au sens du travail que nous accomplissons et de voir en quoi ce modèle accepte les principales activités conduites depuis dix ans par notre structure promotrice de santé exerçant à l'échelon local.

Le modèle de Beattie

Ce modèle (figure 1) est généré à partir de deux dimensions:

- l'une porte sur le mode d'intervention étalonné entre l'autoritarisme et la négociation avec le public concerné,
- l'autre porte sur la cible des interventions étalonnée de l'individu vers la population.

Ces deux dimensions génèrent quatre types d'approches en promotion de la santé:

leur besoin de repères et leurs difficultés pour se déplacer.

Moments de rencontres

Milieu de la matinée ou début d'après-midi durant 1h30 pendant 8 semaines.

Le groupe une fois constitué est fermé durant 8 séances.

Contenu des séances

Il est proposé très précisément aux personnes âgées rencontrées dans leur club, qui arrivent via la presse ou par le bouche-à-oreille, de travailler leur mémoire avec d'autres pendant 1H30, 8 semaines successives en petit groupe de 8 participants maximum, tous niveaux intellectuel et social confondus.

Les "groupes de la mémoire" se déroulent dans un "cadre" stable: endroit et horaire fixés de commun accord.

La personne âgée s'engage donc à l'égard des animateurs et à l'égard de ses pairs à y être fidèle.

Les 8 séances ont une même armature, mais dotées d'une grande souplesse en fonction des plaintes, analysées lors de la première séance. A la 8e, un bilan est dressé par les participants et par les animateurs(rices).

Toutes les séances comprennent des exercices conçus à partir du groupe. Les différents types de mémoire, les différents sens, la logique, le rythme, l'orientation spatiale... etc. sont exercés de telle sorte que le fonctionnement mnésique de chacun puisse se consolider à partir de ses caractéristiques propres mais aussi découvrir et s'approprier de nouveaux repères rassurants.

Et tout cela dans la bonne humeur, la détente, le respect de l'autre, la revalorisation narcissique, l'échange entre les participants du processus mental utilisé pour trouver la solution, l'acceptation de soi, l'écoute de l'autre.

A la dernière séance, s'ajoute le bilan qui a été préparé par chacun, les participants et les animateurs.

Il s'agit d'évaluer l'apport du groupe et de son fonctionnement ainsi que le travail fourni pour mieux utiliser sa mémoire.

Chacun s'exprime, certains aspects sont développés, d'autres réajustés.

Ces bilans sont bien souvent proches du vécu de l'individu mais aussi du vécu du groupe... Ils sont parfois très émouvants.

Ensuite, les animateurs font la synthèse du fonctionnement global du groupe et de chacun. L'accent est mis sur les perspectives d'avenir.

Il est très rare que les participants ne

prévoient pas leur participation à un prochain module.

La structure contenant ces modules permet de redécouvrir ou de développer le désir "d'apprendre à apprendre" et ce, malgré les difficultés rencontrées dans le quotidien qui dès lors peuvent être perçues à une plus juste place, c'est en cela que "les groupes de la mémoire" ont un objectif à la fois préventif et thérapeutique.

EN QUOI ET POUR QUI NOS ACTIVITÉS SONT-ELLES PRIORITAIRES DANS UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ GLOBALE?

1. POUR LES PERSONNES	
Risques, symptômes	Bénéfices des groupes
<p>1. Santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles de la mémoire, confusions ■ Perte d'identité ■ Dépressions ■ Vécus d'isolement ■ Fuite dans le passé ■ Mécanismes d'évitement ■ Deuils non faits 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleure connaissance de soi ■ Meilleure estime de soi ■ Meilleur investissement de soi ■ Vécu de responsabilisation de son propre devenir
<p>2. Santé physique associée à la santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Abus médicamenteux ■ Maladies psycho-somatiques ■ Abus d'alcool ■ Accidents cardio-vasculaires ■ Pertes d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se soigner, s'occuper de soi, s'assumer ■ Meilleure connaissance de soi, recherche du sens de certains comportements ■ Mécanismes rééducatifs ou substitutifs déjà intégrés
2. POUR L'INVESTISSEMENT FAMILIAL ET SOCIAL	
Risques, symptômes	Bénéfices des groupes
<ul style="list-style-type: none"> ■ Difficultés de maintenir sa place dans la lignée intergénérationnelle ■ Repli social, distance par rapport à la vie sociale ■ Inadéquation et incompréhension des démarches administratives ■ Isolement 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expérience positive du groupe comprenant des générations différentes ■ Réassurance quant à ses capacités intellectuelles ■ Renforcement narcissique ■ Capacité d'occuper sa place active et responsable dans la famille, son rôle de transmission de la mémoire du passé. ■ Réintégration des circuits sociaux ■ Accès aux démarches administratives ■ Place dans la vie associative ■ Entraide ■ Création d'un nouveau tissu social

Si ma mémoire est bonne...

La mémoire, carte d'identité qui assure, qui rassure l'individu de la "qualité de son esprit puisqu'il garde, il rappelle les états de conscience passés et ce qui s'y trouve associé" (Petit Robert).

Mais aussi, la mémoire, identité en relation avec d'autres personnes de différentes générations, d'autres individus, qui permet le sentiment de partager avec d'autres, de confronter des impressions, de reconstruire ensemble des souvenirs communs, de vivre en famille, en société...

Dans leur article "La Mémoire et le Vieillessement" dans la revue "La Recherche" n° 267 de juillet-août 1994 volume 25, Bernard Laurent et Erljnj Dirx écrivent:

"D'après les enquêtes effectuées sur de larges échantillons, les trois-quarts des personnes de plus de soixante-dix ans se plaignent de troubles de la mémoire. Si, globalement, les performances aux tests baissent avec l'âge, aucun déficit n'est constaté chez plus de la moitié des personnes qui consultent..."

Plus loin, ils notent que:

"Les personnes âgées se plaignent fréquemment de troubles de la mémoire. Effectivement, les tests montrent une baisse d'efficacité de certains types de mémoire qui peut être compensée par des moyens mnémotechniques.

Mais souvent, ces troubles sont le reflet de l'anxiété et de la mise à l'écart de la vie sociale qui accompagnent la vieillesse, plus que l'expression d'un réel déficit".

Malgré ce "mal-être", ce vécu de "quelque chose m'échappe", les personnes de 50 ans et plus consultent spontanément très peu les services de santé mentale ou les psychothérapeutes.

Cette apparente contradiction a suscité certaines questions et a favorisé l'élaboration des groupes de la mémoire:

- Quel est le sens de cette plainte?
- Quelle est sa fonction dans les systèmes humains?

- Que sous-tend-elle?
- N'y aurait-il pas de liens entre une plainte individuelle et un fonctionnement social?
- Comment la personne vieillissante prend-elle ou réinvente-t-elle sa place dans la famille, dans le quartier, dans le tissu social?
- Quelle est l'attitude de la société par rapport au vieillissement?
- Quelle place propose-t-elle aux vieux?
- Cette place est-elle satisfaisante?
- Quels moyens avons-nous pour renverser la vapeur?
- Comment pouvons-nous aborder toutes ces problématiques à partir d'une souffrance exprimée?
- Comment aborder ces plaintes en les reliant sur le plan individuel et sur le plan relationnel?

La reconnaissance d'une plainte individuelle et d'une plainte relationnelle a conduit à l'élaboration d'une double réponse associant "mémoire - plainte individuelle" avec "groupes structurés - plainte relationnelle": les groupes de la mémoire.

Par la démarche de proposer de participer aux groupes de la mémoire, l'objectif premier est de reconnaître les personnes vieillissantes dans la formulation qu'elles utilisent pour dire que "ça ne va pas" ou que "ça ne va plus".

Ensuite, entendre leur discours en lui donnant un sens positif: "c'est votre façon de vous prendre en charge", "vous pouvez vous faire entendre", suscite l'adhésion des personnes lorsqu'il leur est proposé de participer à un groupe.

Le sens du groupe est de recréer l'image, la représentation métaphorique des différents systèmes de vie dans lesquels vit la personne âgée et lui permettre de redécouvrir qu'on peut être bien ensemble et même apprendre et progresser, tant sur le plan individuel que sur le plan relationnel, sans insister sur l'aspect "psy" qui fait si peur...

A partir de ces deux axes - individuel et systémique - quatre hypothèses ont été énoncées et retenues comme base de ce travail:

- les troubles de la mémoire peuvent être l'expression d'un mal-être dans la vie personnelle, affective, familiale et/ou sociale de l'individu;
- cette difficulté pourra être le médiateur pour amorcer et tracer la voie de la dynamique relationnelle qui s'installera dans le groupe;
- les groupes, en créant un nouveau système d'appartenance, deviendront thérapeutiques tant au niveau personnel qu'au niveau relationnel et intergénérationnel;
- les groupes pourront devenir le lieu privilégié pour des réapprentissages de l'utilisation de la mémoire dans des conditions optimales... lieu où l'on pourrait réapprendre à apprendre.

Permettre aux personnes âgées de se réapproprier leur vécu, puis leur évolution et, enfin, de développer une attitude active face à leur avenir sont les lignes de forces de cette action spécifique.

L'objectif clairement défini est donc un travail préventif et un travail curatif dans le domaine de la santé mentale pour les personnes de 50 ans et plus.

Les groupes, concrètement

Public concerné

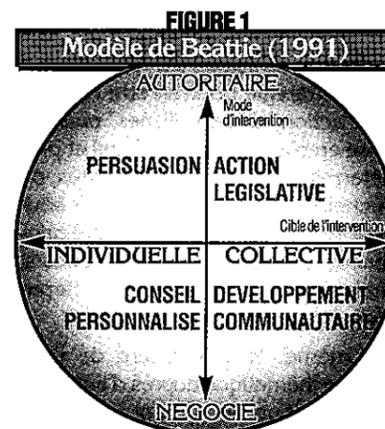
Les "Groupes de la Mémoire" s'adressent aux personnes à partir de 50 ans; éventuellement, à des personnes plus jeunes pour des difficultés liées à la préretraite, à la ménopause...

Le public particulièrement ciblé est la frange de la population âgée qui a de trop petits moyens pour pouvoir assumer sa participation dans le cadre de plus grosses structures.

D'autres catégories sociales sont aussi touchées par ces activités.

Lieux de rencontre

Dans les clubs, résidences pour personnes âgées, salles de C.P.A.S., proches du milieu de vie des participants aux groupes afin de respecter



- "la persuasion": ces interventions conduites par des professionnels "experts" consistent à convaincre les individus d'adopter tel ou tel comportement de santé;

- "l'action législative": ces interventions conduites par des professionnels consistent à infléchir la législation afin de protéger la communauté des méfaits de tel ou tel produit ou de l'obliger à tel ou tel comportement favorable à la santé;

- "le conseil personnalisé": le professionnel perd alors son statut d'expert et devient un facilitateur, un "accoucheur" des besoins de santé de l'individu ou du groupe; il s'agit de conscientiser les individus et les groupes par rapport à leur santé et leur donner les moyens de trouver leurs propres réponses;

- "le développement communautaire": les promoteurs de santé sont des médiateurs entre les élus, les intervenants sociaux et les citoyens. Ils aident la formulation des demandes des citoyens et accompagnent les réponses déterminées par l'ensemble de la communauté.

Le modèle de Beattie est intéressant car il permet de positionner clairement les intentions des professionnels, des financeurs, des structures promotrices de santé et d'affirmer la prééminence du social et du politique dans la détermination et le choix des actions à conduire.

Principales activités de notre structure

Nous avons identifié dix actions parmi les plus importantes conduites par notre structure et essayé de les ranger en fonction des deux dimensions définies par Beattie.

Ces actions sont les suivantes:

- 1° la documentation, scientifique et grand public, destinée aux professionnels relais (principalement de la santé, du social, de l'éducation);
- 2° les formations initiales et continues en promotion de la santé auprès des écoles médicales, paramédicales, sociales¹⁰;
- 3° l'information des citoyens du département du Doubs dans le cadre de campagnes pilotes de dépistage;
- 4° l'animation de réseaux: réseau local sur le thème de la prévention de la récurrence chez le jeune suicidant, réseau européen³ sur le thème "santé, précarité, exclusion";
- 5° la réalisation de diagnostics communautaires de santé dans le cadre du développement social urbain initié dans les quartiers en difficulté;
- 6° la réalisation d'actions de santé communautaires auprès de citoyens d'un même quartier dans le cadre d'actions de développement social⁸;
- 7° la réalisation d'actions de santé collectives (information sur l'accès

aux soins, éducation sur des thèmes de santé, visites médicales) auprès de jeunes en situation d'exclusion⁹;

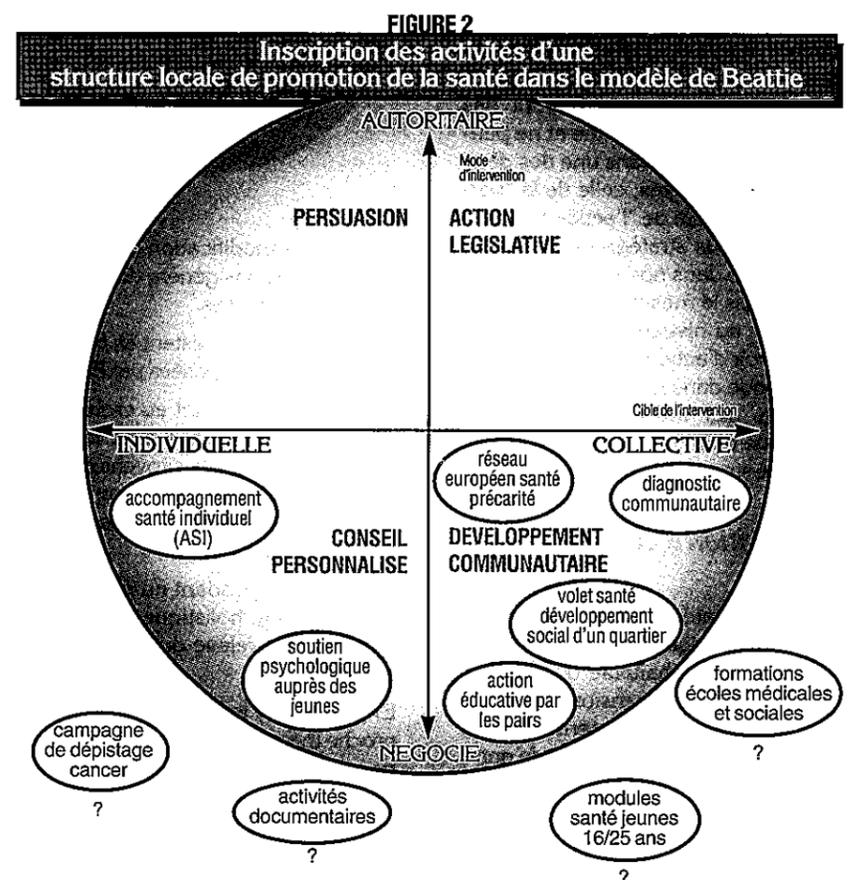
8° et 9°) la réalisation de deux types d'actions de santé individuelles auprès de personnes (jeunes et adultes) en situation d'exclusion^{7, 12};

10°) l'implantation d'un programme de santé utilisant la stratégie des pairs¹¹ en milieu scolaire.

Rangement de ces activités dans le modèle de Beattie

Le modèle de Beattie sous-tendu par ses deux dimensions que sont le mode d'intervention et le public ciblé accepte certaines activités de notre structure et permet partiellement de décrire le sens donné à nos interventions.

Les actions de notre structure intégrées par le modèle de Beattie sont celles qui relèvent de deux des quatre stratégies découlant du modèle, à savoir le "développement communautaire" et le "conseil personnalisé" (figure 2). Ainsi, notre activité d'accompagnement santé individualisé



auprès des personnes adultes démunies ainsi que notre activité de soutien psychologique auprès des jeunes entrent tout à fait dans la stratégie de "conseil personnalisé". De même, nos activités de diagnostic communautaire, de médiation dans le développement social d'un quartier, d'implantation de programme de promotion de la santé par les pairs, correspondent au "développement communautaire". Enfin, la création d'un réseau "santé-précarité-exclusion" au niveau communautaire (au sens européen) peut également être classée dans cette stratégie. Le développement de ces activités engagées dans les dix dernières années témoigne du fait que les idées initiées voilà dix ans par la charte d'Ottawa¹⁴ définissant la promotion de la santé commencent à porter leurs fruits. Elles ont fécondé positivement et orienté progressivement les activités de notre structure vers des activités où les différents déterminants de la santé ainsi que les interactions entre l'individu et son environnement social et physique sont pris en compte.

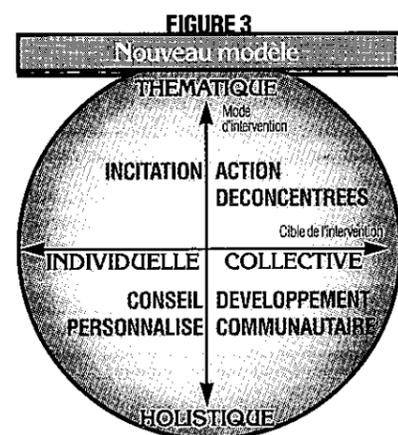
En revanche, nos activités de documentation, de formations initiales dans les écoles (médicales, para-médicales et sociales), d'information du grand public et d'éducation à la santé auprès des jeunes ne rentrent pas dans le modèle de Beattie et ne peuvent être rangées dans une des deux stratégies restantes, celle de la "persuasion" et celle de "l'action législative". Ces deux stratégies ne trouvent pas d'écho dans nos activités: la première dans la mesure où notre structure agit au niveau local et ne peut donc avoir d'actions de type législatif, la seconde dans la mesure où la persuasion des individus n'a jamais constitué ni un moyen, ni un objectif de notre structure.

Proposition d'un modèle modifié

Ces deux stratégies ne correspondant ni à notre pratique, ni à nos valeurs, il nous paraît souhaitable de redéfinir l'une des deux dimensions retenues par Beattie afin de permettre de mieux expliquer les activités de notre structure locale promotrice de santé.

Nous pensons ainsi que nos modes d'intervention reposent davantage sur

un axe étalonné entre l'approche bio-médicale centrée sur un thème de santé (le tabac, l'alcool, par exemple) et l'approche holistique (ou globale) de la santé tenant compte de l'individu et du groupe dans son environnement que sur un axe étalonné entre l'approche imposée et l'approche négociée. En fait, cette nouvelle proposition (figure 3) n'est pas incompatible avec le modèle de Beattie mais la complète dans le cadre d'une analyse locale française puisque l'intervention bio-médicale thématique classique relève bien souvent de l'action imposée alors que l'intervention globale nécessite la participation et donc la négociation avec les citoyens.



Ainsi, cette modification de l'une des deux dimensions génère donc quatre nouvelles stratégies.

Deux d'entre elles restent en fait identiques à celles proposées par Beattie:

- celle correspondant au croisement de l'approche holistique de la santé avec des groupes de citoyens conduit à des stratégies de type communautaire dénommée "développement communautaire";

- celle correspondant au croisement de l'approche holistique auprès des individus qui relève du "conseil personnalisé".

En revanche, le croisement de l'approche thématique auprès de groupes ne relève plus de "l'action législative" définie par Beattie où des professionnels font pression pour modifier ou faire adopter des lois (actions de loo-

bying) favorables à la santé de la population.

Cette stratégie pourrait être rebaptisée "actions décentralisées" puisque mise en place au niveau local et pré-déterminée par les collectivités ou l'échelon déconcentré de l'Etat souvent sur des problèmes de santé prioritaires et donc thématiques (cancers, maladies cardio-vasculaires, hépatites, sida).

De même, le croisement de l'approche thématique auprès d'individus ne conduit pas forcément à une stratégie de persuasion mais plutôt à celle "d'incitation" en donnant les moyens à l'individu de faire des choix raisonnés vis-à-vis de sa santé.

Le nouveau modèle ainsi défini correspond davantage à notre activité dans la mesure où les groupes de pression sont moins développés en France qu'ils ne le sont dans les pays anglo-saxons et que les stratégies se voulant persuasives (et utilisant le ressort de la peur notamment) ont été largement abandonnées.

Ce nouveau modèle n'est, bien entendu, pas encore satisfaisant; il permet cependant d'expliquer, un peu mieux que le modèle de Beattie ne le fait, les activités proposées par notre structure (figure 4).

Discussion

Les buts poursuivis par ce travail sont complètement spéculatifs et ne constituent qu'une base de discussion sur ce qu'est concrètement la promotion de la santé pratiquée à l'échelon local français par une structure chargée parmi d'autres de conférer aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé.

Elle découle de la réflexion permanente nécessaire à notre enseignement de la promotion de la santé dans les écoles para-médicales et sociales et de la nécessité d'ajuster les modèles théoriques présentés aux étudiants, à la réalité de la pratique de terrain.

A l'échelon d'une structure locale, l'effort de réflexion sur les modèles permet de vérifier si les activités développées sont en harmonie avec les objectifs initiaux que s'est donnée la

circunstances actuelles, cela signifie d'abord l'approbation par le Sénat de la proposition de loi visant à interdire la publicité et le parrainage pour les produits du tabac, telle qu'elle a été votée par la Chambre des Représentants en janvier 1997⁽¹⁾. Il serait ensuite important d'affecter davantage de moyens aux campagnes de prévention qui pourraient ainsi être menées d'une manière efficace et professionnelle, de telle sorte qu'à partir du 1er janvier 1999, les campagnes publicitaires pour le tabac puissent être remplacées par des campagnes pour la santé et contre le tabagisme.

L'enquête CRIOC-SOBEMAP de 1996

Au cours des 14 dernières années, le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) a enquêté chaque année auprès de 2.000 personnes.

Entre 1982 et 1993, le pourcentage de personnes fumant quotidiennement a diminué de 40 à 25%, puis il a augmenté jusqu'à 28% en 1995.

Une nouvelle enquête du CRIOC, organisée en novembre-décembre 1996 et basée sur une enquête effectuée par la Sobemap auprès de 2018 personnes, démontre qu'il y avait, à ce moment-là, 30% de personnes fumant quotidiennement.

En 1996, 3% des personnes interrogées ont déclaré fumer de temps en temps, 51% ont affirmé n'avoir jamais fumé et 16% ont déclaré avoir arrêté de fumer.

La répartition par région donne, en 1996, 30% de fumeurs quotidiens en Flandre, 25% à Bruxelles et 31% en Wallonie.

Si l'on regarde les catégories professionnelles (tableau 2), il est surtout frappant de constater que c'est chez les chômeurs qu'on trouve le plus grand pourcentage de fumeurs (54% des hommes et 46% des femmes au chômage).

En fonction du sexe, on remarque que le pourcentage de fumeurs journaliers s'est accru chez les femmes, passant de 19% en 1993 à 27% en 1996. Cependant, malgré cette augmentation

Tableau 2

Pourcentage des fumeurs quotidiens selon la profession et le sexe en 1996 (n=2018)		
	hommes	femmes
Cadre/indépendant	31%	30%
Employé	31%	30%
Ouvrier	45%	38%
Chômeur	54%	46%
Inactif (autre)	26%	21%
Pensionné	23%	17%
Total	33%	26%

Source: Crioc - Sobemap

les hommes fument toujours plus que les femmes et les garçons plus que les filles.

D'après un communiqué de presse du CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles. Tél: 02/547.06.11. ■

(1) Le vote au Sénat n'a pas encore eu lieu au moment où nous rédigeons ces lignes, mais devrait être intervenu quand vous lirez ce texte.

Intoxications dans la maison

Le Centre Antipoisons et les assurances ABB ont collaboré à la fin de l'année 1996 à une vaste campagne d'information sur le monoxyde de carbone, principale cause des accidents mortels par intoxication.

Sur base d'une large étude, une brochure a été réalisée pour expliquer de manière pratique les mesures élémentaires à prendre pour limiter autant que possible les risques d'intoxication par le CO.

La première partie de la brochure traite de l'intoxication au CO en général: qu'est-ce que le monoxyde de carbone? Comment s'intoxique-t-on? Quels sont les signes d'une intoxication au CO?

La deuxième partie présente les premières mesures à prendre en cas d'accident et le traitement médical.

La brochure examine les principales causes d'intoxication (chauffe-eau,

poêles au charbon, appareils de chauffage mobiles, gaz d'échappement des véhicules), et surtout les moyens de prévention. La ventilation



de l'habitation arrive en premier lieu, puis les principes de bonne utilisation des différents types d'appareils potentiellement dangereux.

Pour terminer, la brochure récapitule les principaux groupes à risque et un certain nombre de conseils pratiques pour les locataires.

Dans le cadre d'une campagne de sensibilisation aux risques liés à l'utilisation de produits dangereux, menée elle aussi avec le groupe ABB, le Centre Antipoisons a réalisé une autre brochure, faisant le point, pièce par pièce dans la maison et avec des situations concrètes, sur les substances dangereuses à éviter ou à n'utiliser qu'avec d'innombrables précautions.

Ces deux brochures sont disponibles gratuitement auprès du Centre Antipoisons, c/o Hôpital Militaire Reine Astrid, rue Bruyn, 1120 Bruxelles, tél. 02/264.96.36. ■

nels de santé", une initiative spécifique en matière de tabagisme en milieu hospitalier nous a été présentée.

Par rapport aux "jeunes", l'accent est mis sur la sensibilisation des relais pour inclure la promotion de la santé du coeur dans les milieux de vie des jeunes.

Enfin, le groupe "entreprise" travaille à l'inscription de 'menus-santé' à la carte des restaurants collectifs.

L'axe du renforcement de l'action communautaire a été illustré avec une passion communicative par Pascal Collichio (FGTB) et Muriel Bardau (Maison Médicale 'La Glaise') pour le groupe de travail "socio-culture". Leur projet porte sur l'implication d'une population précarisée dans un programme d'éducation nutritionnelle, dont la première étape, une enquête de proximité, donne la parole à un public qui a rarement l'occasion de la prendre.

Un troisième axe de la charte d'Ottawa, la réorientation des services de santé, est concrétisé par un projet-pilote de conseils préventifs en diététique accessibles à la population générale. Ce groupe de travail associe médecins généralistes et diététiciens.

Enfin, l'acquisition d'aptitudes individuelles est déclinée à travers le groupe "alimentation" - il est beaucoup question d'équilibre alimentaire dans Carolo Cardio Santé, cela explique sans doute l'intérêt de la firme Hartog Union (marque Bécél entre autres) et sa participation active au programme - qui a mis au point des visites guidées de supermarchés d'après un modèle québécois. De quoi acheter, consommer et se nourrir intelligemment!

Dans ses conclusions, Luc Berghmans soulignait cinq points: la diversité des acteurs, des activités, des milieux d'intervention; la complémentarité, les synergies réalisées ou souhaitées;

le réalisme des acteurs du programme, qui travaillent en profondeur, sur une base pluriannuelle; le caractère innovant de certains projets particuliers; pour terminer, il mettait l'accent sur l'enthousiasme, sans lequel un projet de cette envergure ne peut aboutir.

Pour être franc, on n'a guère ressenti cet enthousiasme, à l'une ou l'autre exception près, lors de la journée d'échanges. La maigre assistance (une cinquantaine de personnes étaient présentes à l'Institut National du Verre) témoigne d'ailleurs de la difficulté de maintenir l'intérêt d'une communauté urbaine pour un programme de longue haleine, dont les bénéficiaires sont très difficiles à estimer et peu visibles à court terme.

Christian De Bock

Pour tout renseignement: Carolo Cardio Santé, Bd Zoé Drion 1, 6000 Charleroi. Tél.: 071/28.44.83. ■

Tabagisme en hausse!

Les femmes et les jeunes filles fument davantage

Selon l'enquête annuelle du CRIOC, effectuée par la Sobemap, le pourcentage de fumeurs journaliers en Belgique a augmenté d'un cinquième depuis 1993, passant de 25% en 1993 à 30% en 1996 (voir tableau 1).

Selon une autre enquête des Universités de Gand et d'Anvers, le pourcentage de fumeurs journaliers chez les filles de 17-18 ans a doublé en Flandre au cours de la période 1990 à 1996, passant de 14% en 1990 à 28% en 1996. Le pourcentage de fumeurs journaliers chez les garçons de 17-18 ans a aussi augmenté en Flandre: de 26% en 1990 contre 35% en 1996.

Le tabac est indiscutablement, en Belgique, la cause de décès la plus importante: en 1995, 15.100 personnes sont mortes des conséquences entraînées par le fait de fumer.

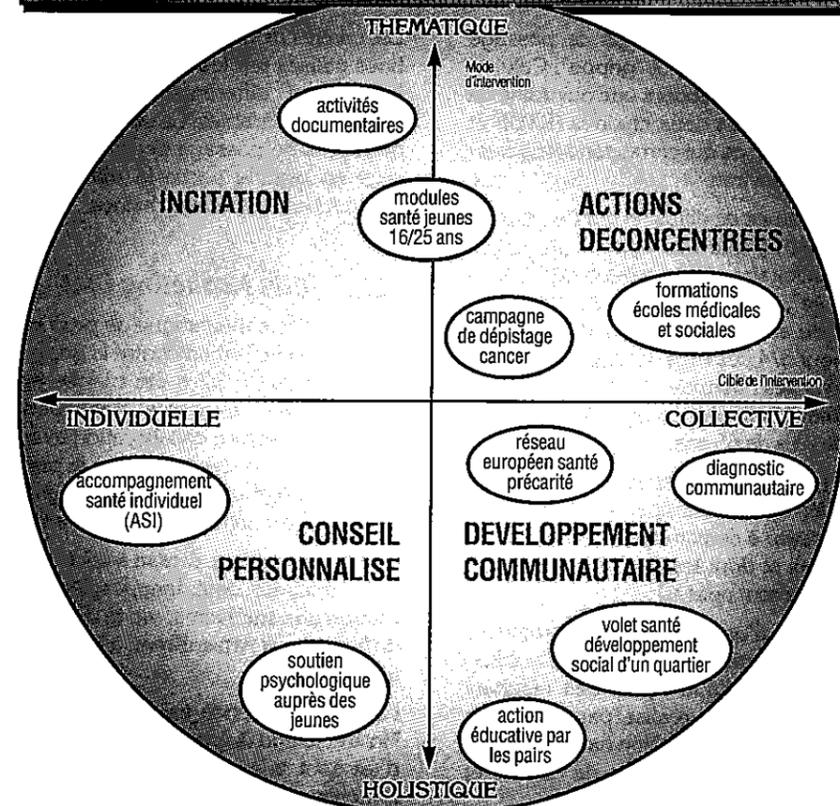
L'augmentation du nombre de fumeurs - chez les adultes comme chez les jeunes - est inquiétante et demande des mesures drastiques. Dans les

Tableau 1

Pourcentage des fumeurs réguliers/quotidiens en Belgique (18 ans et plus)			
	Hommes	Femmes	Total
1982	53%	28%	40%
1983	47%	27%	37%
1984	47%	26%	36%
1985	45%	27%	35%
1986	46%	26%	35%
1987	42%	26%	32%
1988	42%	24%	32%
1989	39%	26%	32%
1990	38%	26%	32%
1991	33%	24%	29%
1992	31%	21%	26%
1993	31%	19%	25%
1994	33%	19%	26%
1995	33%	24%	28%
1996	34%	27%	30%

Source: Cricoc - Sobemap

FIGURE 4
Inscription des actions d'une structure locale de promotion de la santé dans le nouveau modèle



structure dans ses statuts fondateurs.

C'est, en effet, dans une confrontation et des allers-retours permanents entre théorie et pratique que vivra vraiment le concept encore jeune de promotion de la santé et qu'il évoluera.

Enfin, le travail sur les modèles oblige les promoteurs de santé à réfléchir sur le sens de leur activité.

Les anglo-saxons possèdent, grâce à leurs structures universitaires générant de la recherche, une large avance sur les francophones (et notamment sur les Français) dans ce domaine; il est nécessaire d'apporter notre sensibilité et nos valeurs à ces réflexions.

C. Michaud, CDES Doubs, F. Bonnin, CRES Franche-Comté

Adresse des auteurs: 4 rue de la Préfecture, 25000 Besançon ■

Bibliographie

1. Beattie A. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. In: Gabe J., Calnan M. and Bury M: the sociology of health service, London Routledge, 1991.
2. Bury J. Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications. Coll. savoirs et santé, De Boeck Ed., Bruxelles, 1992.
3. Bonnin F., Michaud C. Création d'un réseau européen "santé-précarité". Congrès SFSP "Promotion de la santé, des politiques, des métiers, des vécus. Nancy 1995, volume des résumés, p 78.
4. Caplan R, Holland R. Rethinking health education theory. Health Educ. J., 1990, 49, 10-12

5. Downie R.S., Fyfe C. Tannahill A. Health promotion: models and values. Oxford medical Publ., Oxford, 1990.

6. French J., Adams L. From analysis to synthesis. Health Educ. J., 1986, 45, 1.

7. Gruet G., Michaud C., Bonnin F., Rossez C., Moreau C., Llaona P. Difficultés psychologiques chez les jeunes 16/25 ans non scolarisés en stage d'insertion professionnelle. Prise en charge, typologie, analyse de cas et réflexions. Cah. Adolesc., 1996, 5, 20-23.

8. Lahouratate J., Thiriet F., Michaud C., Himbert N., Cognata C., Comte M. Approches individuelle, collective et communautaire de la santé: des réponses variées à la problématique complexe de la précarité. Educ. Santé, 1996, 105, 13-14.

9. Michaud C., Minervini M.J., Csaszar-Goutchkoff M., Moreau C., Henry Y. Dispositif en faveur de la santé des jeunes en stage d'insertion professionnelle dans le Doubs. Santé Pub., 1995, 1, 19-28.

10. Michaud C., Thiriet F., Vient C., Hériot-Dintroz M., Bucy M., Pépiot M., Bouillon C., Druot J. La santé publique dans le cursus des étudiants en IFSI. Objectif soins, 1996, 41, 28-30.

11. Minervini M.J., Baudier F., Dusso B., Augé A., Ferry J.P., Michaud C. Promotion de la santé et éducation par les pairs: l'expérience pilote des jeunes relais dans certains lycées de l'académie du Doubs. Santé Pub., 1993, 6, 63-70.

12. Thiriet F., Michaud C., Lahouratate J., Ferry B., Bergez N. Santé et accompagnement d'adultes en situation de précarité: une expérience dans le département du Doubs. Santé Pub., 1993, 3, 49-56.

13. Naidoo J, Wills J. Health promotion. Foundations for practice. Baillière Tindall Publ., London, 1994.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. First international conference of health promotion, Ottawa, 21 novembre 1986. Health Promotion, 1987, 1, 405-464.

15. Tones K., Tilford S., Robinson Y. Health education: effectiveness and efficiency, Chapman & Hill Publ., London, 1990.

Education pour la santé et petit écran

Les espaces audiovisuels gratuits favorisent-ils la reconnaissance d'une campagne d'éducation pour la santé?

L'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18/1/95, relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion a déjà été présenté dans les colonnes d'Education Santé¹. Pour rappel, il permet sous certaines conditions un accès gratuit aux écrans publicitaires des radios et télévisions de la Communauté française de Belgique.

Par cet arrêté, la Communauté française a mis en place une politique originale - et à notre connaissance unique en Europe - permettant la diffusion massive de messages de promotion de la santé.

Depuis début 1996, plusieurs campagnes d'informations ont pu tirer parti de cette possibilité.

Une campagne de promotion de la vaccination contre la grippe

L'asbl Question Santé coordonne depuis plusieurs années, chaque automne, une campagne de promotion de la vaccination contre la grippe, ciblée sur les personnes dites "à risque". Un partenariat stable est établi avec divers intervenants comme PROVAC, la Société Scientifique de Médecine Générale, l'IHE (appelé actuellement Scientific Institute of Public Health - Louis Pasteur), des services de soins à domicile, l'industrie pharmaceutique, etc.

En 1994, Question Santé avait pu réaliser un spot télévisé, visant les personnes de plus de 65 ans. Quelques espaces de diffusion avaient été achetés sur la RTBF et sur RTL-TVi. Cette expérience n'avait pu être renouvelée en 1995, faute de moyens financiers.

En 1996, la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, sur avis favorable de la Commission audiovisuelle de la Cellule permanente éducation pour la san-

té, accordait du temps de passage gratuit pour ce spot "grippe". Celui-ci a été diffusé pendant une quinzaine de jours, sur les deux chaînes (RTBF et RTL-TVi), ce qui correspond à 60 passages environ.

Les temps de diffusion ont été pour un quart ce que l'on appelle en jargon publicitaire des espaces en "prime time", c'est-à-dire des moments de forte audience (20h par exemple) et pour 3/4 des espaces plus en rapport avec les habitudes de consommation télévisuelle des téléspectateurs âgés de plus de 65 ans.

Il était dès lors intéressant de tenter un bilan après la campagne. Nous avons recouru à deux moyens complémentaires et dont les limites doivent être clairement posées.

Il s'agit d'une part d'un bilan réalisé à notre demande par les régies publicitaires, et d'autre part des résultats d'un sondage réalisé par Marketing Unit sur un échantillon national représentatif des personnes de 65 ans et plus.

Bilan d'audience du spot

Sur RTL-TVi, 28 spots ont été diffusés, pour un équivalent budgétaire de 2.384.000F. Le public-cible était constitué des plus de 65 ans; le bilan porte, pour des raisons techniques, sur les plus de 55 ans; 65,1% de ceux-ci, soit 766.000 personnes, ont vu le spot, en moyenne 4 fois.

Le GRP (nombre moyen de fois que 100 personnes appartenant à la population de référence ont vu ou entendu l'annonce), indice important de la mesure d'impact d'une campagne, est très élevé (343) et le coût par contact se chiffre à 0,59F.

Sur la RTBF, 36 spots ont été diffusés, pour un équivalent budgétaire de 2.045.000F. Le public-cible était constitué des plus de 65 ans; le bilan porte, pour des raisons techniques, sur les plus de 55 ans; 58,2% de ceux-ci, soit 685.000 personnes, ont vu le spot, en moyenne 2,6 fois.

Le GRP est élevé (153,3) et le coût par contact se chiffre à 1,133F.

Les critères de calcul et les données de base utilisés par les deux régies sont légèrement différents, mais néanmoins comparables. La sélection des moments de passage pourrait expliquer en grande partie la différence d'impact entre les deux chaînes.

Sondage de Marketing Unit

La campagne médiatique de promotion de la vaccination contre la grippe de la saison 96-97 a été menée en Communauté française par l'asbl Question Santé en collaboration avec le Journal du Médecin, et pour la partie néerlandophone du pays, par l'asbl Omtrent Gezondheid et ArtsenKrant.

Une conférence de presse a été organisée dans les deux langues; l'information aux médecins, via le Journal du Médecin et ArtsenKrant, a été identique.

La seule différence évidente entre le Nord et le Sud du pays était le passage d'un spot télévisé en Communauté française et pas en Communauté flamande (il n'existe pas de réglementation équivalente en Flandre pour favoriser les campagnes médiatiques de promotion de la santé).

Les partenaires de la campagne ont commandé une enquête nationale à Marketing Unit avant la campagne (août 1996); une enquête comparative a été réalisée en décembre 1996. La population de référence était constituée de la population nationale âgée de 65 ans et plus, soit 1.500.700 individus selon le CIM (Centre d'Information des Médias). L'échantillon portait sur 500 personnes strictement représentatives de cette population. La marge d'erreur maximale associée à un échantillon de cette taille est de $\pm 4,4\%$.

Les limites de tels sondages sont évidentes, mais l'importance des différences enregistrées ne laisse guère de doute quant à l'impact du passage d'un spot télévisé dans la reconnaissance

(1) Voir l'article 'Promotion de la santé à la télévision', par C. De Bock, P. Trefois, P. Mouchet et J.-L. Noël dans Education Santé n°112, novembre 1996, pp. 25-26.

d'une campagne de promotion de la santé et la sensibilisation du public.

On peut résumer les conclusions de ces enquêtes de la manière suivante:

- l'enquête initiale montre un niveau similaire de sensibilisation et de connaissances par rapport à la grippe en Flandre et en Communauté française de Belgique;
- sur base nationale, en décembre 1996, 64% des personnes ont répondu positivement à la question "Avez-vous entendu parler de la vaccination contre la grippe cette année?".

Ils sont seulement 47% dans le Nord du pays pour 83% dans le Sud et 89% à Bruxelles. Ceci dans un contexte où, rappelons-le, la seule différence notable entre le Nord et le Sud du pays était le passage d'un spot télévisé en Communauté française et son absence en Communauté flamande.

On remarque malheureusement aussi que les personnes de catégories sociales moyenne à élevée ont plus souvent identifié la campagne que les autres.

Une autre question était "Par quelles sources en avez-vous entendu parler?".

48% des répondants ont cité le médecin, 51% une émission télévisée (44%) ou un spot publicitaire TV (7%)², 27% un article de journal, 23% un proche, 19% une émission de radio, 12% le pharmacien.

On constate qu'une émission télévisée ou spot publicitaire TV sont cités par 66% au Sud, 56% à Bruxelles et 33% au Nord; le médecin par 53% au Sud, 42% à Bruxelles et 44% au Nord³.

En conclusion, nous pensons pouvoir dire que ces chiffres démontrent, dans le domaine particulier de la promotion de la santé, l'impact positif d'un spot télévisé sur la reconnaissance d'une campagne. On doit se garder d'en extrapoler d'autres conclusions, par exemple quant à une influence sur les attitudes et comportements des individus. D'ailleurs, il apparaît évident que l'utilisation d'un spot télévisé de 30 secondes ne trouve son sens que s'il est intégré dans une stratégie globale cohérente de communication, et mieux encore d'éducation pour la santé.

En tant que service agréé communication - médias, nous ne pouvons en

tout cas que nous réjouissons de l'initiative prise par la Communauté française en matière de diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion.

Education Santé reviendra d'ailleurs sur cette question dans un prochain numéro.

Patrick Trefois et Philippe Mouchet, Service agréé communication-médias ■

(2) On pourrait être surpris du faible score du spot. Explication: les items relatifs à la campagne télévisée n'ont pas été définis et pré-testés avec une précision suffisante; Marketing Unit signale la confusion que les plus de 65 ans ont fait entre émission TV et spot TV, le mot spot étant assez mal connu des personnes de cette tranche d'âge.

(3) Dans le sondage avant campagne, ils étaient 55% de l'échantillon national à dire que leur médecin leur conseillait de se faire vacciner contre la grippe. Le fait que le médecin soit cité comme source de l'information ne signifie pas pour autant que ces personnes n'ont pas été initialement sensibilisées par les autres canaux d'information. La confirmation du message par le médecin, donnant plus de poids et de crédibilité à l'information, peut en fine lui en faire attribuer l'initiative.

Ottawa à Charleroi

Quand les artisans de Carolo Cardio Santé se rencontrent

Le 25 mars dernier, une journée d'échanges des partenaires du projet Carolo Cardio Santé avait lieu à Charleroi.

C'était l'occasion de rappeler le contexte difficile dans lequel ce programme de prévention des affections cardio-vasculaires a été mis en place, puisque la situation semble plus préoccupante à Charleroi que dans d'autres grandes villes du pays. Ainsi, l'enregistrement des infarctus aigus à Gand et Charleroi (projet MONICA de l'OMS) fait apparaître des taux d'incidence supérieurs de 28% pour la cité carolorégienne.

Le Dr Luc Berghmans (Observatoire

de Santé du Hainaut) a aussi souligné les caractéristiques originales de ce programme-pilote qui s'appuie sur une coalition d'une quarantaine de partenaires oeuvrant à un but commun dans des domaines très différents.

Pour présenter les réalisations des groupes de travail du projet, Martine Bantuelle (Educa-Santé), remplaçant le Dr Fanny Hoeffelman, directrice du programme malheureusement souffrante ce jour-là, avait choisi comme fil rouge les recommandations de la charte d'Ottawa, nous expliquant entre chaque intervention des groupes de travail en quoi leur action s'inscrit dans un des grands principes de la charte:

- élaboration de politiques publiques saines;
- création de milieux favorables à la santé;

renforcement de l'action communautaire par une participation effective des communautés à la prise de décisions et à la planification des interventions;

acquisition d'aptitudes individuelles et collectives de prise en charge dans le domaine sanitaire;

réorientation des services de santé intégrant une approche multisectorielle des problèmes.

Quatre groupes de travail militent dans le sens de la création de milieux favorables à la santé cardio-vasculaire.

Dans le domaine des "activités physiques", on nous a rappelé qu'il n'est pas simple de contrer la grande misère de la pratique sportive parmi les jeunes, à Charleroi ou ailleurs en Communauté française.

En ce qui concerne les "profession-