

**Coordination Locale**

Gabrielle Houbiers est la nouvelle responsable de la Commission Locale de Coordination de Verviers, rue de la Station 13, 4800 Verviers. Tél. : 087/35.15.03.

**Demande d'emploi**

Licencié en Communication et assistant social cherche un nouvel emploi dans les domaines de l'éducation pour la santé, la prévention, l'évaluation ou encore la rédaction et publication.

**GOSSELAIN Yves**, rue Ch. de Loupoigne 11, 1348 Louvain-la-Neuve.



**Grille pour répertorier les activités en éducation santé dans ma région ou mon secteur d'activité.**

A renvoyer à Education Santé, rubrique "Brèves", rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles

Région: .....

Lieu: .....

Date(s): .....

Description de l'activité:

- thème de l'activité: .....

- description de l'activité, déroulement: .....

.....

.....

.....

Public visé: .....

Modalités de participation (frais, bulletin d'inscription,...): .....

Nom de l'organisateur: .....

Adresse et téléphone de contact pour renseignements complémentaires: .....

.....

Cette grille-type peut servir de base pour répertorier les activités en éducation pour la santé dont vous avez connaissance. Ainsi, nous pourrions les insérer dans le prochain numéro d'Education Santé.

Pour une parution dans le numéro 93 (début décembre), vos informations doivent nous parvenir avant le 15/11.

Merci pour votre collaboration!

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

Rédacteur en chef:

Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction:

Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction:

Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint:

Anne Fenaux.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege,

Fabienne Evens.

Comité de rédaction:

Pierre Anselme, Martine Bantuelle,

Luc Berghmans, Christian De Bock,

Alain Deccache, Michel Demarteau,

Anne-Françoise Dusart,

Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant,

Geneviève Houioux, Roger Lonfils,

Vincent Magos, Thierry Poucet,

Bernadette Taeymans, Patrick Trefois,

Eric Vandersteenen.

Editeur responsable:

Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et

impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.700 exemplaires.

Diffusion: 2.400 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée

grâce à l'appui du Commissariat

Général aux Relations Internationales

de la Communauté française

de Belgique.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education

Santé n'engagent que leurs auteurs.

Les articles non signés sont de la

rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education

Santé peuvent être reproduits après

accord préalable de la revue et

moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements

complémentaires: Education Santé,

rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Tél.:02/237.48.53.

Fax: 02/237.33.10

(indiquer ANMC-Education Santé

comme destinataire).

# Education

## SANTÉ

### Réflexions

Exclusion, santé, enfance  
par *Altay Manço*  
p. 2

Comment diffuser efficacement un  
outil pédagogique  
par *Geneviève Houioux et Danièle  
Piette*  
p. 6

Développement et Santé selon  
l'OMS  
p. 8

Retrouver une identité de non-  
fumeur  
par *Géraldine Gruet*  
p. 10

### Initiatives

Quand la relation soignant-soigné  
est interculturelle  
par *Anne Fossi*  
p. 14

Prévention scolaire du cancer  
par *Geneviève Houioux et Danièle  
Piette*  
p. 15

Parent progressivement  
p. 18

### Lu pour vous

La femme dans la publicité  
par *Yvonne Janzyk*  
p. 20

### Prévention sida

Bien obligé de faire avec...  
par *Marianne Prévost, Raphaëlle  
Kerstenne, et Patrick Petitjean*  
p. 24

## Le Serment de l'éducateur sanitaire

En ma qualité d'éducateur sanitaire, je m'engage à servir la cause de la Santé Publique.

J'exercerai ma profession avec zèle, sincérité, conscience et dignité.

Je ne travestirai pas sciemment, ni ne dénaturerai la vérité scientifique.

Je ne porterai pas de faux témoignages, ni ne répandrai de rumeurs préjudiciables à autrui.

Aucun moment non plus, je ne serai passer mes intérêts personnels avant ceux de la Santé Publique.

Je ne tiendrai jamais compte des différences de race, de religion, de nationalité, de parti politique ou de rang social, pour diminuer la qualité de mes services publics.

Je serai loyal envers l'Administration, et observerai strictement les règles de l'organisme pour lequel je travaillerai.

J'apporterai ma contribution à l'établissement de programmes constructifs de santé.

J'aurai respect et gratitude pour mes maîtres.

Je considérerai les membres de ma profession comme ma propre famille.

Ces promesses, je les fais librement et sur l'honneur.

Extrait du Message Présidentiel du Premier Président de la Société Américaine des Educateurs Sanitaires Publics, Clair F. Turner  
Document aimablement communiqué par Geneviève Houioux



**Un document soumis à ta méditation, ami lecteur...**



## Exclusion, santé, enfance

### Une approche de la situation en Communauté française de Belgique <sup>(1)</sup>

L'inégalité sociale est un problème structurel de la société; elle se traduit avant tout en termes socio-économiques. Dans bien des contextes, les institutions de santé ou d'aide socio-éducative peuvent cependant transformer les différences de classe en déficits, et remplir ainsi une fonction de marginalisation dont les professionnels ne sont pas toujours conscients.

Par ailleurs, la conjoncture politico-économique de la Communauté française impose depuis plus d'une dizaine d'années une remise en débat du système de santé, en particulier dans ses aspects préventifs et sociaux. Ces mêmes aspects des politiques de santé sont par ailleurs face à des nouveaux défis: enfance issue de l'immigration, enfance maltraitée, paupérisation des familles...

Enfin, la situation de crise économique et les mutations socio-professionnelles vécues depuis la moitié des années '70 ont provoqué pour de nombreux ménages des changements de statut, des pertes d'emploi. Les familles les plus démunies et les familles avec enfants sont à cet égard parmi les plus touchées: le marché de l'emploi s'est surtout restreint pour les emplois peu ou pas qualifiés du secteur secondaire.

Au coeur de ces constats, l'objet du présent article est de tenter un descriptif de certaines tendances apparentes de la situation de prise en charge socio-sanitaire des jeunes enfants et de leur famille. La problématique est centrée sur le cas des familles démunies ou en prise à une marginalisation en raison de leur origine étrangère. Institutions de première ligne, les centres dépendant de l'O.N.E. ont à ce niveau une responsabilité à exercer.

### Conditions de vie et état de santé des familles: quelques rappels

Les conditions de logement sont en général considérées comme de bons indicateurs du niveau de vie global des ménages. Pour de nombreuses familles vivant en Communauté française, ces conditions sont déplorables. Cette situation a des effets bien connus sur l'état de santé des personnes et en particulier des jeunes enfants.

Tinant et Tissot, par exemple, ont calculé en 1988 que la probabilité annuelle d'accidents d'intoxication dus au monoxyde de carbone était, à Bruxelles, de 6 pour 10.000. Ce taux monte à 7 pour 10.000 dans le cas où le logement est occupé par un locataire. Il est de 14 pour 10.000 si l'habitat a été construit avant 1919. Il est également noté que les familles immigrées musulmanes sont 11 à 12 fois plus souvent touchées par ces accidents que les familles belges.

La spéculation immobilière qui touche certaines villes du Royaume aggrave la situation, frappant durement les familles démunies. Par ailleurs, la rapide dégradation des logements sociaux, leur nombre insuffisant et la difficulté de leur accès contribuent également à accentuer la crise actuelle du logement.

Selon l'I.N.S., l'âge moyen des bâtiments de Bruxelles serait de plus de 50 ans. En Wallonie, celui-ci est sensiblement plus élevé: plus de 70 ans. Ainsi, au total, plus de 30% des logements du Royaume auraient été construits avant 1919. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant d'apprendre que sur la totalité des maisons belges, 17% sont fonctionnellement inadaptées, 25% sont insalubres mais améliorables et 13% sont insalubres et non améliorables...

### Naissances et pauvreté

Dans de telles conditions matérielles, assorties d'un vécu d'exclusion sociale, les phénomènes de pathologies périnatales et pédiatriques doivent attirer l'attention. Colin (1980) a établi que les risques d'hémorragie, de pathologies infectieuses et de menace d'interruption de grossesse étaient 2 à 3 fois plus fréquents dans le groupe "Quart-Monde" que dans le reste de la population. Il en va de même pour des pathologies plus fréquentes: vomissements, hypertension artérielle...

Le taux de prématurité semble également trois à quatre fois plus élevé dans la population défavorisée (Geubelle, 1981). De même, 12% des enfants de père chômeur pèsent à leur naissance moins de 2500 grammes, ce qui n'arrive qu'à 4% seulement des bébés dont le père est indépendant (Ligue des Familles, 1981). Les mêmes disparités sont observées à propos de la mortalité périnatale et de la mortalité infantile.

Les enfants handicapés sont également plus nombreux dans les familles défavorisées. Selon Schaber (1982), le pourcentage de ménages comptant au moins un enfant handicapé est 4 à 5 fois plus élevé dans les familles multi-défavorisées que parmi les autres. Les hospitalisations aussi sont plus nombreuses chez les enfants nés de mères pauvres. L'appréciation par les parents de l'état de santé global de leurs jeunes enfants peut être un bon indicateur de la condition sanitaire des familles. Born (1985) montre que si à peine 1% des familles non-pauvres jugent "mau-

(1) Cette synthèse fut initialement réalisée dans le cadre du IIIe PROGRAMME SOCIAL (1990/1994) de la FONDATION ROI BAUDOUIN (Pauvreté et scolarisation. L'exclusion socio-scolaire dans l'enseignement fondamental en Belgique francophone, Bruxelles, juin 1992, avec des contributions d'A.-M. THIRION, M.-H. DACOS-BURGUES, B. DELANGE et d'A. MANÇO). L'article présent en propose une version résumée et recentrée sur les problématiques impliquant des services socio-sanitaires.

à la lutte contre la drogue et la toxicomanie, et du Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, un colloque "Toxicomanie, Toxicomanes, Gestion ou Traitement".

Coût: 600 FF (étudiants: 300FF)

Lieu: Groupe E.S.C.-Campus 1, Ecole Supérieure du Commerce, 59 rue Pierre Taittinger, 51100 Reims.

Heures: Du samedi 3 décembre 1994 à 8H45 au dimanche 4 décembre 1994 à 17H

Inscriptions jusqu'au 21 novembre 1994.

Possibilité de réservation hôtelière.

Renseignements: Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes. Tél.: (33) 26 02 1951.

### Santé mentale

#### Dave-lez-Namur

##### 5 décembre 1994

"La personne handicapée mentale. Son bien-être! Quels moyens?" séance de psychopathologie du centre de Formation Pierre-Joseph Triest (C.F.P.J.T.), par V. Houchard (St Bernard-Manager et Université de Mons).

Public: infirmiers travaillant en soins de santé mentale

Lieu: C.F.P.J.T., site de l'institut psychiatrique Saint-Martin, à Dave-lez-Namur

Prix: 600FB

Heures: 13H à 17H

Inscriptions souhaitées une semaine à l'avance.

Renseignements: 081/30.28.86.

### Adolescence

#### Paris

##### 5-9 décembre 1994

Formation: "La santé des jeunes en difficulté".

Contenu:

Aspects généraux de l'adolescence;

Représentations de la santé;

Service de santé et accès aux soins des jeunes;

Elaboration d'une stratégie d'intervention avec les partenaires locaux;

Intégration de la santé dans la formation des jeunes en difficulté.

Prix: 4200 FF

Renseignements: Santé et communication, 153 rue de Charonne, 75011 Paris. Tél.: 43 56 25 15, Fax.: 43 70 34 85.

### Presse

#### Bruxelles

##### 9 décembre 1994

Conférence: "Quel est le rôle de la presse médicale?" par Maurice Einhorn, Journal du Médecin.

Lieu: ULB, Séminaires de l'école de santé publique, Campus Erasme - Bâtiment A, Auditorio 2155, 808 route de Lennik, 1070 Bruxelles.

Heures: de 10H à 13H

Renseignements: Pr Claude Thilly et Dr Sophie Alexander, c/o Michèle Ribourdouille, tél.: 02/555.40.46.

### Relation soignant-soigné

#### Dave-lez-Namur

##### 13 décembre 1994

"L'anxiété au quotidien! Quel dialogue entre soignants et soignés?" séance de psychopathologie du centre de Formation Pierre-Joseph Triest (C.F.P.J.T.), par Bernadette Taeymans (Mutualités Chrétiennes).

Public: infirmiers travaillant en soins de santé mentale

Lieu: C.F.P.J.T., site de l'institut psychiatrique Saint-Martin, à Dave-lez-Namur

Prix: 600 FB

Heures: 13H à 17H

Inscriptions souhaitées une semaine à l'avance.

Renseignements: 081/30.28.86.

### Education pour la santé

#### Bruxelles

##### avril 1995

Danielle Piette et France Kitel, directrices de l'équipe PROMES (à l'école

de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles), organiseront du 3 au 7 avril 1995 un module de formation en Promotion-Education-Santé concernant les modèles explicatifs des comportements et de leur changement, une application des théories sociales cognitives dans un contexte de promotion de la santé. Ce module sera pris en charge par le Professeur Gaston Godin de l'Université Laval, Québec.

Nombre de participants: maximum 20 personnes.

Renseignements: Mariza Alba, PROMES, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Route de Lennik 808 - CP 596, 1070 Bruxelles.

### Erratum

Grossière erreur en couverture de notre numéro 91. L'article présentant le programme vidéo "Le divorce, ça peut arriver à tout le monde" se trouvait page 44, et non 23. Voilà ce qui arrive quand on réalise la revue et le supplément à quinze jours d'intervalle. Mais les plus perspicaces d'entre vous ont sûrement retrouvé le texte! Encore toutes nos excuses.

### Complément d'information

Concernant la note à la fin de l'article "Programmes subventionnés en 1993" dans notre numéro précédent, page 3, Pierre Anselme, Chef de projet du Centre de Coordination Communautaire, tient à formuler la précision suivante, que nous publions volontiers:

"Le fait qu'un projet ait été subventionné sans consultation de l'Administration et de la Cellule Permanente ne signifie en rien que son promoteur ait voulu "court-circuiter" le parcours habituel et réglementaire d'une demande de subvention.

Dans le cas précis du stand "Promotion de la santé", il s'agissait d'une mission et d'un mandat confiés directement par le Cabinet de Madame la Ministre-Présidente Onkelinx au Centre de Coordination Communautaire, sans que ce dernier en ait fait la demande ou introduit un quelconque dossier."

## Enfance

### Liège

**7 novembre 1994**

Conférence-débat: "L'importance de l'activité autonome de l'enfant", organisée par la Maison des Parents, le Service Petite Enfance des Femmes Prévoyantes Socialistes, et le Service de pédagogie générale de l'université de Liège. Exposé par Mme Anna Tardos, psychopédagogue et chercheuse à l'Institut de puériculture Pickler/Loczy (Hongrie).

Lieu: salle Gothot, place du XX août, Liège.

Heure: 20 H.

Prix: 200 FB (Etudiants: 100 FB).

Renseignements: Service Petite Enfance, Femmes Prévoyantes Socialistes, rue Magis 16, 4020 Liège. Tél.: 041/42.73.13.

## Violence

### La Louvière

**16, 17, 18 novembre 1994**

Les Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies organisent, dans le cadre de l'année internationale des familles, un colloque "La violence, en parler pour la comprendre", traitant des violences intrafamiliales.

Programme:

16 novembre: journée introductive comprenant une conférence du professeur Laborit. Ciné club l'après-midi.

Lieu: Théâtre de La Louvière, place Communale de La Louvière.

Heures: de 9H15 à 16 H

17 novembre: journée consacrée à l'enfant et à l'adolescent.

18 novembre: journée consacrée à la femme et aux personnes âgées. Conférences le matin, ateliers-carrefours l'après-midi.

Lieu: C.H.U. de Tivoli, av. Max Buset, La Louvière

Heures: de 9H à 16H

Renseignements: Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies, 114 rue Ferrer, 7170 La Hestre. Tél.: 064/2794 14.

## Gérontologie

### Tournai

**18 novembre 1994**

Colloque interdisciplinaire de gérontologie à l'occasion du vingtième anniversaire de l'Ecole d'Ergothérapie du CESEPT.

Programme:

Introduction à la journée;

L'accompagnement thérapeutique du sujet "dément";

Place de l'ergothérapie dans l'évaluation des troubles de la mémoire;

Intervenir auprès des malades Alzheimer;

Concert par le Quatuor à cordes du Conservatoire de Tournai (deux premiers mouvements du quatuor de Ravel dédié à Gabriel Fauré);

Les chutes et leur prévention;

Philosophie du nursing en gériatrie;

Synthèse et conclusion;

Lieu: Centre d'Enseignement Supérieur Economique Paramédical et Technique, Ancien séminaire Choiseul, Centre J. Wlomainck.

Prix: 550 FB (950 FB repas compris)

Renseignements et inscription: CESEPT, Ecole d'Ergothérapie, rue Paul Pastur 73, 7500 Tournai.

## Enfant

### Liège

**18 novembre 1994**

Colloque "Le bien-être de l'enfant à l'hôpital, une volonté partagée", sous la présidence de Laurette Onkelinx.

Cela se passera au Palais des Congrès, de 9 à 17 heures. Le matin, séance plénière, l'après-midi 5 ateliers.

Renseignements: M. Etienne, au 041/56.25.19 (041/66.25.19 à partir du 15/11).

## Suicide

### Dave-lez-Namur

**21 novembre 1994**

"Suicides et tentatives de suicide. Quels enjeux pour quelles relations" séance de psychopathologie du

centre de Formation Pierre-Joseph Triest (C.F.P.J.T.), par A. Ducamps (Centre de prévention du suicide - BXL).

Public: infirmiers travaillant en soins de santé mentale

Lieu: C.F.P.J.T., site de l'institut psychiatrique Saint-Martin, à Dave-lez-Namur

Prix: 600 FB

Heures: 13H à 17H

Inscriptions souhaitées une semaine à l'avance.

Renseignements: 081/30.28.86.

## Soins palliatifs

### Bruxelles

**24 novembre 1994**

Le deuil avant la mort, par Serge Marchal, psychologue. Séminaire organisé par le Groupe de recherche et de formation du CAM.

Lieu: Au Vieux Saint Martin, Grand Sablon 38, 1000 Bruxelles

Heure: de 20H30 à 22H

Prix: 200FB (étudiants: 100 FB)

Renseignements: C.A.M., 106 Boulevard de Waterloo, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/538.03.27

## Stress

### Bruxelles

**2 décembre 1994**

La gestion du stress dans le cadre de la santé au travail, journée d'étude organisée par le Centre de Recherche et d'Etudes sur la Sécurité, l'Ergonomie et la Promotion des Conditions de Travail.

Lieu: CRESEPT - Campus Erasme, route de Lennik 806, 1070 Bruxelles.

Renseignements: CRESEPT. Tél. 02/523.37.19

## Toxicomanie

### Reims

**3 et 4 décembre 1994**

Dans le cadre des XIIIèmes journées de Reims pour une clinique du toxicomane, l'association Centre d'Accueil et de Soins pour les Toxicomanes organise sous le haut patronage de la délégation générale

vaire" l'état de santé de leur plus jeune enfant, cette valeur monte à +/- 8% dans les familles très pauvres.

## Une identification de liens

Malgré les constantes observées dans les statistiques épidémiologiques, les naissances ne peuvent être englobées dans des généralisations. Chacune d'elles est l'aboutissement d'une histoire, d'une histoire de couple, ou, comme c'est souvent le cas dans les milieux de grande pauvreté, d'une histoire de femme seule, voire de plusieurs générations de femmes.

Si les études menées il y a plus de dix ans montraient la propension des familles très pauvres à avoir de nombreux enfants, il semble que ces dernières années, une meilleure connaissance et un usage plus adéquat de la contraception aient permis aux femmes de milieux défavorisés de choisir davantage leurs maternités.

Du reste, on connaît mieux aujourd'hui les motivations psychosociales conscientes ou inconscientes des femmes du Quart-Monde face à leur maternité. "Les écouter a permis de déceler l'ambiguïté de leurs choix: d'une part, leurs propos révèlent un destin strictement lié à la maternité, inspiré par les modèles qu'elles ont reçus de leurs mères, tant... D'autre part, comme partout ailleurs, le désir d'enfant existe mais il est, là aussi, teinté d'ambiguïtés: l'enfant peut être désiré comme justification, car avoir un enfant représente souvent le seul moyen pour ces femmes de s'individualiser et de sortir du carcan familial, le plus tôt étant souvent le mieux à leurs yeux. La maternité peut également venir comme compensation aux mauvaises relations avec les parents et la fonction essentielle de l'enfant semble alors de réparer les dommages de l'enfance. L'enfant incarne aussi un rêve d'avenir car n'ayant pas de projets pour elles-mêmes, ces filles ne conçoivent de rêve que pour leurs bébés. (...) La femme sous-prolétaire n'existerait dès lors qu'en tant que "mère-enfant" avec le besoin d'avoir toujours près d'elle un enfant, l'enfant qui la justifie, la sécurise, la valorise à ses yeux et peut-être aux yeux de la société." (Torrekens, 1991).

On constate que non seulement, durant la grossesse, cette population se rend chez le gynécologue peu souvent, voire pas du tout, mais en plus, la femme du Quart-monde ou celle issue de l'immigration bénéficie souvent d'une attention moindre. En plus de ses problèmes de santé, elle amène aussi une accumulation de difficultés diverses qui désorientent le monde médical, peu préparé pour répondre à ce type de situation et dont le rôle premier concerne les soins. De plus, le fossé culturel, voire linguistique, entre patient et médecin entrave souvent la communication, pourtant bien nécessaire en ces occasions. "Cette barrière entre deux mondes qui se connaissent peu entraîne même des attitudes de rejet, voire de mépris." (Torrekens, 1991).

La nature de cette exclusion est donc aussi culturelle. Non pas que les familles exclues "manquent de culture", mais cette culture et leurs conditions concrètes de vie ne leur permettent pas de comprendre les codes et règles des autres, ou de communiquer leurs propres réalités. "De cette exclusion qui est leur condition quotidienne, ils ont eux aussi une 'connaissance'. Qu'elle ne puisse s'exprimer, constitue toute la différence, et toute la distance, entre 'eux' et nous. On découvre dans cette absence et cet interdit, la première forme de pauvreté extrême dans notre société: celle qui consiste à être parlé par autrui, c'est-à-dire à être dépossédé de tout moyen d'expression propre et, en même temps, de voir déniée la valeur de 'vérité' de cette connaissance pratique" (Jacques, 1979).

## Rôles de l'O.N.E. face à la pauvreté et à l'exclusion

A travers ses fonctions multiples, l'O.N.E. est en contact permanent avec les familles pauvres et/ou immigrées. Ce contact se réalise de manière la plus intense dans les "consultations de nourrissons" et les "consultations prénatales" qui assurent gratuitement et dans (presque) tous les quartiers, le suivi médico-social des femmes enceintes et des jeunes enfants.

Comme toute institution, les consultations de l'O.N.E. portent le poids de

leur histoire: nées au XIXe siècle pour lutter contre la mortalité infantile, oeuvres de bienfaisance, elles étaient gérées et animées par des dames patronnesses, femmes de notables qui prodiguaient aussi aux familles pauvres aide alimentaire et bons conseils. Ce sont ces dames d'oeuvre qui visitaient les familles à domicile. Actuellement, la majorité des comités sont encore composés de dames âgées, issues de la classe moyenne et qui considèrent leur prestation comme une oeuvre méritoire (Carels, 1990).

Les services socio-médicaux de l'O.N.E. représentent une des seules possibilités de faire suivre une grossesse et l'évolution des jeunes enfants pour les familles défavorisées; celles-ci attendent de l'O.N.E. un accueil, un échange et une aide précise (Hendrick, 1983).

Il est malaisé de traiter des rapports vécus dans les consultations de l'O.N.E., car des données extensives manquent. En revanche, une recherche-action réalisée conjointement par Vie Féminine et le Mouvement A.T.D./Quart-Monde (1989), dans une consultation bruxelloise permet de dégager un certain nombre de constats quant à la nature des relations vécues entre les travailleurs, les bénévoles des consultations et les familles défavorisées.

Pour beaucoup de familles modestes la possibilité de faire suivre gratuitement l'évolution d'une grossesse ou l'évolution du poids et de la taille d'un bébé, la possibilité d'un dépistage précoce en cas de maladie et, enfin, la programmation des vaccins constituent les principaux motifs de fréquentation des consultations de l'O.N.E. Une partie des familles, surtout immigrées, semblent également utiliser ce lieu comme un cabinet médical consulté (en urgence) en cas de maladies. Il arrive également que des enfants relativement âgés s'y présentent. Les médicaments distribués par certains médecins constituent aussi un attrait.

Beaucoup de mères, surtout primipares, apprécient le rôle informatif des consultations: elles y trouvent réponse à leurs questions concernant les soins des petits enfants. Il apparaît également que les consultations

jouent un rôle socio-psychologique: ces services rassurent et valorisent les mamans, ils constituent, en tant que lieu de fréquentation légitime aux yeux de tous, un foyer de rencontres, d'échanges et de communication entre adultes et enfants, éventuellement d'origines socio-culturelles diverses. Un rapport positif avec le personnel de la Consultation des Nourrissons semble primordial tant pour assurer la régularité de la fréquentation que pour accroître l'efficacité du rôle médico-social (Vie Féminine A.T.D./Quart-Monde 1989).

L'intimité des lieux ("plus familial qu'à l'hôpital") et la confiance dans l'institution sont également des motifs de fréquentation. Toute Consultation des Nourrissons a une histoire, des traditions. Il y a un capital de confiance - ou non - en fonction de ce qui s'est passé avant, depuis plusieurs générations: "On choisit la Consultation des Nourrissons où a été la mère, ou dont a parlé la soeur de la copine; et cela même s'il y en a une plus proche. C'est important, le bouche à oreille..."

Il arrive que de nombreuses familles ne fréquentent pas les consultations. Le manque d'information ou la mauvaise perception du rôle préventif des consultations, différentes craintes, le refus d'un contrôle et divers problèmes relationnels ou contextuels expliquent ces abstentions. Des familles étrangères ont peur de venir à la Consultation des Nourrissons car elles sont en séjour illégal en Belgique. Elles ont peur que, par le biais de l'enfant, on ne les découvre. Des familles vivant dans un logement pauvrement meublé et ayant peu de revenus, craignent la visite de la travailleuse médico-sociale qui découvrirait leurs conditions de vie. La crainte de voir ce contrôle déboucher sur un placement des enfants, d'être regardées et mal jugées est omniprésente chez les mères d'origine défavorisée.

La longueur des attentes, le manque de disponibilité du personnel, les problèmes d'ordre linguistique et la rigidité des horaires sont aussi au nombre des facteurs dissuasifs empêchant une participation aux consultations de l'O.N.E. Il semble également que, dans un certain nombre de cas, il existe une inadéquation entre les conseils

donnés et les réalités de vie des consultants.

Les familles du Quart-Monde se rendent compte que l'ingérence parfois autoritaire de certaines travailleuses médico-sociales (T.M.S.) dans leur quotidien est le fait de leurs conditions de vie. La crainte des infirmières sociales est liée à leur conscience d'être en rupture avec ce que l'on attend d'elles. Les valeurs des familles ne sont pas comprises par les T.M.S. qui, dès lors, tentent d'en imposer d'autres qui ne correspondent pas à leur culture. Même si cette "façon de contrôler" est moins d'actualité, les familles en gardent le souvenir ancré dans leur mémoire.

### Vers un nouveau rôle d'insertion?

Il est intéressant de découvrir par un exemple l'évolution des rôles des consultations. A cet égard, l'introduction d'un espace de jeu dans une consultation de la région liégeoise, dans un quartier à forte population immigrée turque, mérite d'être mentionnée. Avec l'introduction de cet espace-jeu dans la salle d'attente le premier accueil s'est déplacé: c'est la personne présente dans la salle d'attente qui, dès l'entrée, salue les enfants et les mamans et assure une "présence active" auprès d'eux. Par "présence active", il faut entendre une présence qui:

- offre aux petits des conditions pour se mouvoir en liberté et découvrir, explorer à leur rythme, de leur propre initiative;
- établit le dialogue avec les mamans (Carels, 1990).

Selon Carels, dès le début de l'expérience, l'ambiance de la salle d'attente est devenue à la fois plus gaie et plus paisible: les mères étaient plus à l'aise, discutaient avec les autres mères en attendant d'aller chez le médecin; elles se sont familiarisées avec le 'coin jeux'. Les enfants étaient plus épanouis pendant le temps d'attente qu'ils passent au coin jeux. Tant les observations réalisées que les interviews des mamans à domicile ont montré l'intérêt des enfants et la satisfaction des mamans pour cette initiative.

Les séances de consultation représentent pour les femmes immigrées une des rares occasions de rencontrer des

femmes belges. Mais surtout, pour certains petits, c'est la première circonstance où ils découvrent un milieu non familial, voire non familial: pour les enfants immigrés, cet espace intermédiaire permet de découvrir la langue du pays d'accueil, dans un contexte non seulement sécurisant mais renforçant, la mère assurant par sa présence l'acceptation de cette langue non maternelle.

### L'enfance maltraitée

Selon les spécialistes, les caractéristiques observées dans les cas d'enfants maltraités en Communauté française font ressortir que l'isolement des familles et les difficultés matérielles ou psychologiques que traversent les ménages sont à la base de nombreux méfaits. La fatigue, l'état des réserves de patience, les problèmes liés à l'harmonie du couple, la quantité de soucis d'ordre professionnel ou financier, ou encore le bien-être physique et matériel qui fait défaut, peuvent amener les parents à commettre des actes aussi désespérés que malheureux (Vanderlinden, 1990).

L'éloignement ou l'absence des proches solidaires et mobilisables joue également un rôle négatif dans l'émergence du mauvais traitement des enfants. Ceci est encore plus flagrant dans le cas des familles monoparentales; celles-ci n'ayant parfois aucune autre alternative que la garde à domicile, 24 heures sur 24, de jeunes enfants (Vanderlinden, 1991).

Ainsi privés de soutien et d'aide, placés dans des conditions matérielles très précaires, certains parents peuvent vivre, de manière très précoce, des troubles d'attachement à leur enfant. Il en sera généré une relation parent/enfant trop étroite, trop confuse; une relation également provoquée par les attentes psycho-affectives des parents esseulés ou désespérés. Dans les mêmes situations de déséquilibre familial, il arrive également que la distorsion de l'attachement précoce à l'enfant se réalise dans l'autre sens, suscitant un désintérêt et un mépris profond à son égard. Il faut également noter que les parents maltraitants ont eux-mêmes été maltraités pour la plupart et présentent de nombreuses difficultés d'identification à leur rôle de parents (Mispelaer, 1989).

- "d'abord, parce qu'on ne sait pas exactement ce qu'on cherche: se rassurer? S'abandonner un peu? L'homme de sa vie? Et qu'est-ce qui prouve que le premier sera le bon?"

A partir de cela, s'élabore un message de prévention, dont la vérité repose d'abord sur la reconnaissance: reconnaître de manière humoristique, que le préservatif est un inconnu pour les femmes habituées à d'autres moyens de contraception:

- "pas évident lorsqu'on n'a pas eu l'habitude de l'utiliser"; et qu'il met de la distance ("par exemple 0,07 mm").

Alors seulement surgissent les pistes qui peuvent aider à intégrer la prévention: la distance évoquée n'est pas insurmontable, et peut même être recherchée:

- "au début, ce n'est peut-être pas plus mal".

Bien plus, si le préservatif vient rappeler la maladie, la mort, il peut aussi s'inscrire dans un désir de vie:

- "cette liberté, vous ne voudriez pas la perdre alors que vous venez de la gagner".

### Le rôle des grands-parents

- Si vous avez loupé l'éducation de vos enfants, ne ratez pas celle de vos petits-enfants (paru dans Notre Temps)

Un cinquième message a été élaboré sans référence à la typologie: il vise le troisième âge, moins directement concerné dans ses pratiques sexuelles, et qui est interpellé en tant qu'éducateur. Pourquoi s'adresser à ce public? D'abord, parce que toutes les évaluations montrent que l'information et les campagnes suscitent le débat entre les gens - il semblait donc intéressant de s'adresser à chacun, à la place où il se trouve. Ensuite, parce qu'une étude (O.M.S. 901) semble indiquer que les grands-parents font partie des interlocuteurs possibles: dans cette enquête, 45% des garçons citaient les parents et/ou grands-parents comme source d'information en ce qui concerne les relations sexuelles, 44% dans le domaine de la contraception, 41% à propos du sida et des MST (chez les filles: 49%, 58%, 46%).

Enfin, d'autres recherches montrent que, lorsqu'ils ont eu l'occasion de parler du sida dans leur entourage familial, les jeunes abordent plus facilement ce sujet avec leur partenaire.

Marianne Prévost, Raphaëlle Kerstenne, Patrick Petitjean ■

(1) Enquête réalisée par Promes, Ecole de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles pour l'OMS (via les établissements d'enseignement secondaire; cette enquête comporte l'échantillon le plus jeune).

(2) Enquête téléphonique faite en 1993 auprès d'un échantillon de 3.733 personnes, représentatif de la population belge âgée de 18 à 59 ans par le Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés Saint-Louis et l'Université d'Anvers. Cette enquête s'inscrit dans la prolongation de l'étude qualitative sur les modes d'adaptation au risque du sida.

(3) Sida, L'amour face à la peur, Modes d'adaptation au risque du sida dans les relations hétérosexuelles, M. Hubert, D. Peto, J. Remy, L. Van Campenhoudt, L'Harmattan, Paris 1992.

La typologie de cette équipe définissait différentes attitudes face au risque: - la phase de découverte-exploration, - le stade conquête-séduction, - la tension primarité/secondarité, - la situation de soumission fortement marquée, - l'anomie ou la destruction du cadre normatif, - la rupture d'une relation importante, - l'absence de contrôle social sur les relations sexuelles.

Les premiers temps, ce n'est peut-être pas plus mal qu'il y ait un peu de distance entre lui et vous (par exemple 0,07mm).

Une rupture c'est toujours difficile. Se retrouver seule quand on avait l'habitude d'être deux, ce n'est pas agréable. Bien sûr il y a les copines. Bien sûr, tout le monde est gentil, attentif.

N'empêche: se retrouver invitée à un dîner où il n'y a que des couples, ce n'est pas simple. Et en même temps on n'a pas vraiment le cœur à cuisiner pour soi toute seule. "Bonjour Monsieur le Boucher, je voudrais un steak pour une", ça sonne bizarrement.

Et puis - cela prend le temps que cela prend - on finit par faire son deuil de ce qui avait tant compté. On sent qu'autre chose peut recommencer.


Et à ce moment - là, ce ne sont ni les candidats qui manquent, ni les risques.

D'abord, parce qu'on ne sait pas exactement ce qu'on cherche: se rassurer? S'abandonner un peu? L'homme de sa vie? Et qu'est-ce qui prouve que le premier sera le bon?

Rien, à vrai dire. Et c'est justement parce que nous voulons pouvoir nous chercher, nous tromper ou simplement nous consoler que le préservatif a son utilité.

D'accord, dans ces moments-là, ce que l'on a en tête, ce n'est pas se protéger du sida. D'accord, le préservatif, ce n'est pas facile quand on n'a pas eu l'habitude de l'utiliser.

Mais tout de même: cette liberté toute neuve, vous ne voudriez pas la perdre alors que vous venez à peine de la gagner?



Le préservatif. On préférerait faire sans, mais on est bien obligé de faire avec.

## ■ Bien obligé de faire avec...

Même si on aimerait bien faire sans, il y a des situations où le préservatif s'impose. La campagne de prévention mise en place cet été en Communauté française visait à y répondre.

Sous la signature "Le préservatif. On préférerait faire sans...mais on est bien obligé de faire avec.", cette campagne est le fruit de plusieurs évolutions. Tout d'abord, le profil de l'épidémie change. Au début de l'apparition du virus, les stratégies de prévention se sont construites dans un climat d'urgence. Aujourd'hui, le terme "endémie" remplace, du moins en Belgique, celui d'épidémie. Le vaccin n'est pas pour demain; la population doit vivre avec le risque du sida et adapter ses comportements sexuels. Parallèlement, le public concerné est plus large qu'auparavant. Ne parle-t-on pas de comportements à risque plutôt que de groupes à risque? Tout un chacun peut à un moment dans sa vie courir ce risque. Quels que soient son âge, ses relations et pratiques sexuelles.

### Restent des résistances

Si les connaissances du virus et des moyens de s'en protéger semblent acquises, la prévention ne se réalise pas toujours d'une manière adéquate et systématique. Parmi les jeunes sexuellement actifs, par exemple, 39% de ceux qui ont déjà eu plusieurs partenaires citent la fidélité comme seul moyen de protection (enquête OMS 1990<sup>(1)</sup>).

Une première analyse de l'enquête coordonnée par Michel Hubert et Jacques Marquet<sup>(2)</sup> montre que parmi les personnes (15-59 ans) qui ont eu trois partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, environ 81,4% ont utilisé le préservatif - autrement dit, pratiquement 20% ne l'ont pas utilisé; en outre, rien ne permet encore d'affirmer que cette utilisation s'est faite dans toutes les situations où elle s'imposait; la sélection de partenaires, considérée comme moyen de prévention efficace par 25% de la population, donne probablement une efficacité assez aléatoire aux essais de protection.

La connaissance du risque et des moyens de s'en protéger ne suffit donc pas: même lorsque tout cela est acquis, les comportements ne s'adaptent pas de manière automatique, parce qu'il existe d'autres types de résistances.

On sait en effet que pour une partie de la population, ce préservatif introduit la distance, la méfiance dans le couple justement au moment où on voudrait pouvoir se donner entièrement, sans contrôle.

Ces résistances doivent être rencontrées dans les messages de prévention. Pour sensibiliser la population, il est essentiel que ces messages soient crédibles, qu'ils fassent écho aux difficultés du recours au préservatif.

### Dis-moi que tu m'aimes

Les recherches en sciences sociales, principalement celles menées par le Centre d'Etudes Sociologiques des Facultés Saint-Louis<sup>(3)</sup> ont permis de mettre en évidence les moments de vie qui correspondent à certaines situations de vulnérabilité psychologique (après la rupture d'une relation importante, par exemple) qui peuvent amener un individu à prendre un risque face au sida. Dans ces situations de vulnérabilité, la question de la prévention passe parfois au second plan. La personne est davantage préoccupée de faire aboutir la relation. La prévention, le recours au préservatif peuvent alors être vécus comme obstacle ou frein à cette relation.

La campagne "Le préservatif. On préférerait faire sans... mais on est bien obligé de faire avec" vise à répondre à cette complexité. En touchant un public large (de 18 à 54 ans), elle est cependant segmentée en différents messages qui renvoient à des moments particuliers d'une vie: de la découverte de la sexualité à l'approche du "démon de midi" en passant par les situations de rupture d'une relation importante. Cette segmentation a mené à utiliser la presse magazine permettant une diffusion plus ciblée du message et sa déclinaison en quatre annonces:

- Vous avez déjà déjoué tous les pièges et semé tous vos concurrents. Le plus difficile reste à faire.

- Surprise: les garçons trouvent que les filles qui proposent de l'utiliser sont plutôt des filles bien.

- Vous arrivez à l'âge où l'on a besoin d'être rassuré. Dites-vous bien que votre femme aussi.

- Les premiers temps, ce n'est peut-être pas plus mal qu'il y ait un peu de distance entre lui et vous (par exemple 0,07 mm).

### Elle, après une rupture

Les messages visent à éclairer les processus à l'oeuvre dans chacun des types dégagés dans l'étude du Centre d'Etudes Sociologiques, à reconnaître la difficulté et la complexité des réactions tout en dégagant des pistes de prévention, des pistes autres qu'un conseil normatif et général. Par exemple:

- Les premiers temps, ce n'est peut-être pas plus mal qu'il y ait un peu de distance entre lui et vous (par exemple 0,07 mm). (paru dans *Ciné Télé Revue, Gaël, Le Vif-L'Express, Paris-Match, Télé-Moustique, Top Santé*)

Ce message s'attache à une période particulière, celle qui suit la fin d'une relation considérée comme importante. Dans cette situation, l'individu est particulièrement vulnérable affectivement et psychologiquement. Il peut être moins attaché à la vie, et donc moins attentif au risque; ou au contraire, plongé dans une quête éperdue de relations affectives permettant de se rattacher à la vie, et laissant la crainte du sida au rang de problème secondaire. Le désir primordial est de panser les blessures, de se<sup>(3)</sup> laisser à nouveau aller, de faire confiance à l'autre.

Le message construit à partir de cette situation est adressé aux femmes. Il évoque les différents moments qui suivent une rupture: la découverte de la solitude, le temps du deuil, le retour du désir, avec ce qu'il comporte de vie mais aussi de confusion et de risque, avant tout sur le plan affectif:

Si plusieurs auteurs s'accordent à reconnaître la diversité sociale des parents maltraitants, les cas repérés ne concernent généralement qu'une certaine catégorie de population qui se signale plus facilement à l'attention des intervenants sociaux parce que défavorisée. D'où le risque de confondre les caractéristiques de la famille pauvre avec celles de la famille maltraitante (Manni, 1986; Meulders-Klein et Everard, 1983).

Les familles défavorisées, et en particulier issues du Quart-Monde, sont en effet surcontrôlées parce que multi-traitées. Leur manque de moyens et d'espace "privé" fait aussi éclater au grand jour les déchirements familiaux. Mais, sans en avoir le monopole, la fragilité et l'isolement de ces familles à tous les niveaux créent le "terreau" propice aux violences familiales (Dal, Lampo et Marneffe, 1989).

Ces faits et analyses démontrent l'ampleur du problème qui commence à sortir du mutisme total dans lequel il était enfermé. Sous les coups de boutoir des ligues de défense des droits de l'enfant et des conférences nationales et internationales sur le sujet, la société a pris peu à peu conscience que l'enfant devait parfois être protégé contre ses propres parents ou contre les déviations d'autres adultes. C'est alors que se sont développées en Belgique francophone diverses initiatives tant au niveau de la prévention et de la répression que du traitement.

Par exemple, à Liège, au Parquet de la Famille, une section spéciale "violences" a été créée, où 70 à 80% des cas présentés concernent des enfants; cela représente une centaine de dossiers par an (Gochel, 1991). Les mesures prévues vont de la déchéance partielle ou totale de la parenté au procès d'assises, selon la gravité des faits.

L'autre aspect du problème concerne les actions préventives et les relations d'aide. Une équipe de l'Université Libre de Bruxelles réalise, par exemple, des campagnes de prévention anténatale de la maltraitance (Mispelaere, 1989). Il s'agit de répondre au désarroi des femmes qui vivent une grossesse non désirée dans des situations matérielles difficiles ou à la demande d'aide des familles déjà frappées par des mesures de place-

ment d'enfants, et qui n'ont qu'un seul objectif: "celui-ci nous le garderons!".

Une approche thérapeutique de l'enfant maltraité et des parents maltraitants est réalisée par le centre "Médecin Confident" de l'Université de Bruxelles (Dal, Lampo et Marneffe, 1989). Les principes de base et les conditions de réussite de ces programmes de traitements consistent en une réactivation des ressources affectives et fonctionnelles des parents afin de les renforcer. L'approche pluridisciplinaire a comme priorité l'enfant et sa sécurité. Les programmes aboutissent à une réintégration familiale sans récurrence dans +/- 80% des cas, si un seul programme thérapeutique seulement est suivi et si la fragmentation des aides sociales proposées par différents services est évitée.

Des actions préventives et informatives sont envisagées par l'O.N.E. ou des associations comme "S.O.S. Enfants" qui tiennent des permanences téléphoniques dans chaque région du pays. Il faut également remarquer l'importante portée symbolique de la pétition lancée dernièrement par la Communauté française de Belgique.

### Les centres locaux de l'O.N.E.: de nouveaux outils pour l'action "communautaire"?

Face aux nouveaux défis en matière de développement socio-sanitaire des populations marginalisées, tels que l'accentuation de l'exclusion économique et sociale, de la distanciation culturelle ou même la nouvelle prise en compte des phénomènes de maltraitance, les centres de consultation de l'O.N.E. s'avèrent un outil de prévention et d'éducation proche du public.

Certains auteurs plaident ainsi pour une prévention "communautaire" de la maltraitance des enfants, par le biais de groupes de parents organisés. Ces groupes permettraient aux parents de se rencontrer, par exemple autour d'un bon repas, pour entreprendre quelque chose en commun ou pour échanger des idées. Mais un tel développement ne rend-il pas nécessaire l'existence d'une institution (les consultations de l'O.N.E. ?) à partir de laquelle organiser des "cercles de solidarité" ?

A la lumière de ces constats, il apparaît que le fonctionnement des consultations doit être analysé et repensé pour l'adapter aux réalités actuelles:

- aménager les horaires en tenant compte des parents qui travaillent;
- sensibiliser à la dimension "soutien" les travailleuses médico-sociales encore trop souvent perçues comme instruments de contrôle de la vie privée;
- sensibiliser les comités locaux à l'accueil des familles "différentes" et fragiles (familles immigrées, sous-prolétaires, monoparentales).

Par ailleurs, des expériences françaises en protection maternelle et infantile et l'analyse des situations vécues dans certaines consultations belges prônent un élargissement du rôle des consultations: des espaces-temps de jeux, de rencontres et de solidarité pourraient y être développés. Ce qui suppose de réfléchir à minima:

- à la fonction de ces espaces;
- au rôle et aux nouvelles compétences des "animatrices";
- à l'aménagement de l'espace;
- au choix du matériel;
- à la place des parents dans la mise sur pied et le fonctionnement des projets.

Altay Manço, Assistant à l'Université de Liège ■

### Bibliographie

BAWIN-LEGROS (B.), Famille, mariage, divorce, Bruxelles, Mardaga, 1988.

BORN (M.), Pour une prévention des troubles associés à la pauvreté des mères et des enfants, Liège, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, 10 p.

BOULANGE (A.), SMEESTERS (B.), Travail des parents, garde des enfants, in "La Politique de l'Enfance", Actes de la Journée du 9/5/1989, Liège, U.Lg., Département des Sciences Sociales, 1989.

CARELS (M.-L.), Education, Formation et Pauvreté. Document préparatoire au Chap. 5 des Annales de la Fondation Roi Baudouin, Liège, U.Lg., 1985.

CARELS (M.-L.), Processus et produits de l'intervention à partir de la consul-

tation O.N.E., in MOUVET (B.), Pour une approche positive et intégrée de l'alphabétisation, Rapport final, Liège, U.Lg., Service de Pédagogie Générale, 1990.

COLIN (Ch.), Maternité et pauvreté extrême, Nancy, Université de Nancy I, 1980.

DAL (F.), LAMPO (A.), MARNEFFE (C.), Les caractéristiques de la thérapie de l'enfant maltraité et des parents maltraitants in "L'Enfant", 1989, n° 4-5.

DASQUES (F.), Les femmes et la pauvreté. Nouvelle pauvreté, nouvelle société, in "Les cahiers du GRIF", 1985, n° 30.

GEUBELLE (F.), Mortalité périnatale. Réponse des services aux besoins, in "Trop de risques à la naissance; Pourquoi?", Actes du Colloque sur la Périnatalité, Liège, 1981.

GOCHÉL (L.), Il faut en parler ! in "La Meuse", 17/5/1991.

HENDRICK (P.), Mais qu'attendent donc les familles du Quart-Monde de l'O.N.E. ? in "L'Enfant", 1983, n° 3-4.

JACQUES (E.), Pauvreté et pauvreté extrême dans la société actuelle. in "L'Enfant dans la Ville", Congrès de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, 1979.

MANNI (G.), L'accueil de jour des jeunes enfants en Belgique, Rapport du Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1986.

MEULDERS-KLEIN (M.-T.), EVRARD (P.), Enfants maltraités, familles en détresse. Réflexions à propos de quatre années de recherche-action, Louvain-La-Neuve, UCL, 1983.

MISPELAERE (M.), La prévention anténatale de la maltraitance a dix ans: les pionniers parlent in "L'Enfant", 1981, n° 4-5.

PAULUS (G.) et al., L'accompagnement des jeunes parents, in "La politique de l'enfance", Actes de la journée du 9/5/1989, Liège, U.Lg., Département des Sciences Sociales, 1989.

A.T.D./S.M.I., Recherche-action à la consultation des nourrissons (Ixelles): rapport d'évaluation final, Bruxelles,

Service Maternel et Infantile de Vie Féminine, Mouvement A.T.D. Quart-Monde, 1989.

RIBEAUD (M.-C.), Le maternité en milieu sous-prolétaire, Paris, Stock /Voix de Femmes, 1979.

ROLAND (N.), VANDERLINDEN (R.), Au-delà des pièges et des déboires: le rôle primordial des intervenants de première ligne, in "L'Enfant", 1989, n° 4-5.

SCHABER (G.) et al., Processus de paupérisation dans les groupes à risque élevé de déprivation, Luxembourg, CEPS, 1982.

SMEESTERS (B.), Parents au travail: et la marmaille ? in "Le Ligeur", 9/12/1988.

TINANT et TISSOT, Logement et santé, in "Tribune Immigrée", 1988, sept.

TORREKENS (M.), Familles pauvres riches d'enfants, in "Le Ligeur", 25/01/1991.

VANDERLINDEN (R.), Apprendre à gérer la distance entre parents et enfants, in "Le Ligeur", 25/01/91.

et non la perception objective qu'il en a. Ici, c'est donc l'estimation subjective de l'utilisation du guide qui sera importante: comment le destinataire imagine-t-il pouvoir utiliser cet outil, en quoi pourra-t-il lui être utile, etc.?

- D'autres points sont à prendre en considération pour faciliter l'adoption du guide. Ainsi, plus les utilisateurs percevront qu'un guide est nécessaire, contribue à améliorer leur travail, développe des principes compatibles avec les valeurs existantes et propose des méthodes en accord avec les pratiques habituelles, plus cet outil aura une chance d'être utilisé.

L'implication pratique qui en découle signifie qu'une présentation préalable des principes, des contenus et des processus développés dans l'outil et adaptés au contexte d'implantation soit réalisée auprès des futurs utilisateurs.

**Les destinataires**

Les études de Rogers (E.M) ont montré que les individus ne réagissent pas

## Apprendre et vivre la santé à l'école

Le texte de la Conférence des Communautés germanophone et française de Belgique sur l'Education pour la Santé dans les Ecoles, qui a eu lieu à Liège les 2 et 3 avril 1992 vient de paraître sous forme de livre. Cette conférence organisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, le ministère de l'Education de la Communauté germanophone et la Croix-Rouge de Belgique s'inscrivait dans le cadre du programme "L'Europe contre le cancer" et avait pour objectif de donner un nouvel élan à la promotion de la santé et à la prévention des cancers dans les écoles.

L'ouvrage se présente en deux tomes.

Le premier tome reprend les textes des allocutions et exposés des séances plénières:

Allocution de B. Gentges, Unterrichtsminister des Deutschsprachigen Gemeinschaft

La bataille contre le cancer, G. Reingster-Haneuse

L'Europe contre le cancer, R. Malbois  
Allocution de M. Lebrun, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique de la Communauté française, présentée par G. Moucheron

Promotion de la santé à l'école: le point de vue de l'Education Nationale en France, J. Brice

Education pour la santé à l'école: l'expérience du Comité Français d'Education pour la Santé et du réseau des C.R.E.S. et C.D.E.S., C. Dresse

Wie lässt sich die Idee einer gesundheitsfördernden Schule realisieren? Überlegungen und aktuelle Bemühungen in Deutschland, E. Göpel

Entwicklung einer Schulgesundheitspolitik in den Niederlanden, P. Wijnsma

Les facteurs de production de la conduite en matière de santé, D. Clercq

Comportements de santé et modes de vie des jeunes en Communauté française de Belgique, D. Piette

Quelles stratégies développer pour permettre à l'enfant de vivre la santé à l'école? C. Vandoorne.

Ensuite, les ateliers organisés sont présentés et analysés. Les participants à la conférence avaient été répartis dans les ateliers d'après leurs type et niveau d'enseignement: école maternelle, école primaire, formation des enseignants du fondamental, école secondaire générale, école secondaire professionnelle et technique, for-

mation des enseignants du secondaire, enseignement spécial, enseignement supérieur universitaire et non universitaire, enseignement de la Communauté germanophone.

Les résultats d'une enquête sur l'appréciation des participants au colloque clôture le premier tome.

Le second tome reproduit les exposés des huit ateliers de manière détaillée.

Cet ouvrage semble intéressant tant pour la personne qui désire conserver une trace écrite de ce colloque, que pour l'enseignant qui n'y a pas participé mais est soucieux de promouvoir la santé de ses élèves.

*Apprendre et vivre la santé à l'école / Die Gesundheit in der Schule erlernen und erleben, Conférence des Communautés germanophone et française de Belgique sur l'Education pour la Santé dans les Ecoles, Liège les 2 et 3 avril 1992, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège, 1994, 2 tomes, collection santé éducation.*

*Les deux ouvrages sont disponibles au prix de 1.000 FB à verser au compte 091-0015718-33 du Patrimoine de l'Université de Liège avec la mention "3252 P08 Ecole de Santé Publique - Actes + nom".*

## La publication d'un outil

### Pistes de réflexion pour une diffusion efficace: le cas d'un guide pédagogique

Cet article est une synthèse inspirée de la communication du Professeur G.Parcel (Université du Texas, Houston, USA) présentée lors du Séminaire européen consacré à la prévention du cancer à l'école primaire (voir la présentation du séminaire dans la rubrique "Initiatives").

Depuis de nombreuses années, ce scientifique s'est intéressé à la manière dont des programmes de santé étaient implantés dans différents lieux, et plus particulièrement dans les écoles. L'essentiel de ses travaux de recherche sont consacrés aux conditions de diffusion, d'adoption, d'implantation, d'institutionnalisation et de maintien d'innovations. Il a principalement construit ses recherches sur les travaux de E.M. Rogers, relatifs à la théorie de la diffusion d'innovations, et de A. Bandura, relatifs à la théorie de l'apprentissage social.

### Éléments de diffusion

Les différents éléments de diffusion qui vont nous intéresser dans le cas présent sont le guide, les destinataires du guide, les structures dans lesquelles cet outil va devoir s'implanter et le processus de dissémination lui-même.

### Le guide

Un guide constitue pour certains une nouveauté. Il représente une innovation comme pourraient l'être un projet, un programme, des idées et des concepts nouveaux ou différents. Des études ont montré que certaines caractéristiques peuvent constituer des facteurs de réussite à l'adoption d'une nouveauté.

- Un des points mis en évidence souligné que ce qui est important dans une innovation, c'est d'abord l'idée que l'utilisateur potentiel va s'en faire

## Alice la malice

Après "Je veux grandir" et "Les filles et les garçons", Bayard Presse Jeune et le Comité Français d'Education pour la Santé ont choisi d'aborder l'école, sous forme de bande dessinée.

Leur nouvelle création, intitulée "Alice la malice à l'école" raconte en trente courtes histoires, la vie d'Alice à l'école. Elle rêve d'être une star et n'aime pas travailler. Elle rit, pleure,

se rebelle. Son histoire amusante et les conseils donnés au bas de chaque page aideront les enfants à surmonter les petites difficultés de leur vie d'écollier en classe et à la maison.

"Alice la malice à l'école", une BD + 60 conseils pour être heureux en classe! Les aventures d'Alice la malice sont encartées dans le n° 381 d'Astrapi du 15 septembre 1994. ■



## S'amuser pour apprendre à bien manger

Le repas est souvent un moment de conflits entre parents soucieux de la santé de leurs enfants et ces derniers aux goûts parfois difficiles ou capricieux.

Afin de soutenir les parents dans leurs efforts pour ancrer de bonnes habitudes alimentaires chez leurs enfants, les éditions Bayard publient "Pourquoi tu ne manges pas, Amélie Ramolla?".

A travers cinq petites histoires amusantes, les enfants vont découvrir la nécessité d'une alimentation variée pour éviter de ressembler à des personnages peu avisés.

Amélie Ramolla est une petite fille qui, pour devenir danseuse, décide de suivre un régime amincissant présenté à la télévision. Elle va vite s'amincir, mais en même temps va perdre toute énergie et devenir...toute molle! A travers son histoire et celles d'Honoré le

tout cassé, d'Alice la trop bête, d'Adam et la petite Eve, et d'Henri la momie, les enfants vont découvrir l'utilité des divers aliments qui composent les repas et apprendre à manger de tout pour garder une bonne santé.

Chaque histoire est suivie d'une "morale" humoristique, puis d'une conclusion qui rappelle les différents produits qu'il faut manger chaque jour, et les formes sous lesquelles ces aliments peuvent se présenter. En fin de livre, on rappelle aux enfants les aliments nécessaires présentés dans l'ouvrage et la façon de les accorder à travers quatre menus de saison.

GUICHARD A., BLAKE Q., *Pourquoi tu ne manges pas, Amélie Ramolla? Cinq petites histoires à pleurer de rire*

*pour apprendre à bien se nourrir, Paris, Bayard éditions/Astrapi, 1993, 45p., 69 FF. ■*



## Santé et apprentissages

La santé, la santé mentale, l'apprentissage de la lecture et de l'écriture sont très liés, au point que si la santé influence la scolarité, la scolarité peut elle aussi avoir des effets sur la santé. L'ouvrage français "Santé et apprentissages" réalisé par le Ministère du travail, de l'emploi et de la formation pro-

fessionnelle, et par le Groupe Permanent de Lutte contre l'illettrisme (GPLI) rassemble une quarantaine d'articles qui présentent de nombreuses recherches et initiatives récentes en faveur de la promotion de la santé auprès des enfants et des jeunes, et de la réussite de leurs apprentissages. Le but de l'ouvrage est d'approcher les relations entre la santé des enfants et des jeunes, et leurs possibilités d'accès aux apprentissages.

L'ouvrage est structuré en deux parties:

- la première partie "Vers un mieux-être pour mieux apprendre" envisage le bien-être global de l'enfant, la prévention et la promotion de la santé à l'école et dans les familles.

- la seconde partie: "La maladie est-elle une entrave aux apprentissages?" pose la question de l'apprentissage des enfants malades, hospitalisés, handicapés; elle envisage aussi la possibilité de collaborations pour mieux répondre à leurs besoins.

Deux questions apparaissent tout au long des articles:

- Quelle est la responsabilité de l'environnement social et culturel de l'enfant (école, famille, médias, associations, dispositifs de santé ...) dans les actions de promotion de la santé?

- Comment organiser et agencer entre elles des actions de promotion de la santé et d'aide à l'apprentissage destinées à un public d'enfants ou de jeunes?

"Santé et apprentissages" est le troisième titre paru dans la collection "En toutes lettres". Comme les titres précédents, "Ecole et réussite, des atouts pour tous" et "Petite enfance, éveil aux savoirs", il constitue une approche préventive du problème, visant à promouvoir toute action propice à l'instauration des savoirs de base et éviter ainsi des situations d'exclusion.

*Santé et apprentissages, Ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle/Groupe permanent de lutte contre l'illettrisme, Paris, la documentation française, 1994, Collection en toutes lettres, 358 p., 160 FF. ■*

tous de manière identique face à une nouveauté. Il distingue plusieurs profils de personnalité en matière d'adoption: les innovateurs, les adopteurs précoces, la majorité précoce, la majorité tardive, les retardataires et les réfractaires. (innovators, early adopters, early majority, late majority, laggards and non-adopters).

Les innovateurs ou avant-gardistes sont souvent marginalisés dans un système parce que trop "fonceurs". Par contre, les adopteurs précoces, selon les critères de Rogers, sont des alliés précieux en termes d'implantation d'une nouveauté dans une institution: ce sont des individus à la recherche de solutions acceptables, ouverts aux innovations, expérimentant de nouveaux projets, prenant des risques calculés. Ils sont importants comme leaders, ils vont servir de moteur et d'exemple pour la majorité précoce et tardive.

Comme implication pratique de cette observation, on peut déduire qu'il faut être particulièrement attentif, lors des prises de contact dans les institutions, au profil d'adoption des interlocuteurs de départ. D'une manière générale, les premiers échanges s'établissent souvent avec les innovateurs. Il faut veiller à élargir rapidement le cercle des partenaires aux adopteurs précoces qui vont jouer un rôle déterminant dans l'implantation.

Outre ces types de personnalité, d'autres facteurs peuvent influencer les attitudes face à une nouveauté:

- les attentes des utilisateurs potentiels vis-à-vis de tels outils;
- la disponibilité des ressources pour rendre effective la diffusion du guide (moyens financiers disponibles pour adapter, imprimer, diffuser le document);
- les capacités personnelles des individus à agir sur les conditions de diffusion, d'adoption;
- les renforcements positifs liés à l'utilisation du guide par les destinataires (prestige de l'utilisation de l'innovation);
- la self-efficacy, c'est-à-dire la confiance personnelle en sa capacité à utiliser l'outil.

Pratiquement, ceci implique que les promoteurs de la diffusion du guide prennent en compte tous ces éléments. Ces informations ne peuvent

être recueillies qu'auprès de personnes bien implantées dans le système et possédant, par leur expérience, une bonne connaissance des destinataires du guide. Il n'est pas inutile d'ajouter à ce stade que les promoteurs doivent également jouir d'un certain prestige et de l'autorité requise pour intervenir sur des facteurs comme les ressources nécessaires au processus de diffusion. Les promoteurs doivent, notamment, pouvoir agir au niveau des moyens financiers, et servir de levier de réussite dans le système.

### Les structures d'implantation

Les caractéristiques d'une institution et son mode d'organisation sont aussi des facteurs qui vont influencer positivement ou négativement le processus d'adoption. C'est ainsi que:

- la taille de l'institution joue un rôle: contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'implantation d'une nouveauté semble en effet plus facile dans une grande institution que dans une petite;
- l'absence d'outils pédagogiques va susciter un besoin propice à l'adoption des nouveautés proposées;
- le type de relations sociales influence aussi le processus d'adoption: on a démontré qu'une nouveauté a plus de chance de s'implanter dans une structure décentralisée, et là où le mode de communication est informel;
- le professionnalisme avec lequel l'école gère sa mission éducative semble aussi influencer l'adoption d'une innovation scolaire;
- les bénéfices secondaires liés à l'adoption du guide (par exemple la renommée de l'école, etc.) est aussi un facteur déterminant.

Dans la pratique, la réussite de l'implantation d'une nouveauté pédagogique implique une analyse institutionnelle préalable que les promoteurs devront conduire avec professionnalisme et réalisme. C'est à un vrai bilan du système qu'ils devront se livrer pour réunir les conditions favorables à la réussite du projet.

Expédier systématiquement des outils dans les établissements scolaires est tout à fait insuffisant si l'on veut s'assurer d'une diffusion de qualité, sans risquer que ces outils, aussi attrayants soient-ils, ne restent enfouis au fond d'un tiroir.

### Le processus de diffusion

Une stratégie efficace de diffusion repose avant tout sur deux éléments essentiels:

- l'engagement des responsables nationaux et régionaux vis-à-vis de la diffusion du guide. Cet engagement officiel permet d'assurer une institutionnalisation à long terme et facilite ainsi une utilisation permanente;
- le principe de formation à l'utilisation du guide. Cet entraînement à l'utilisation des outils proposés a pour but d'augmenter les capacités et la confiance des utilisateurs.

Les étapes de la diffusion:

#### 1°) Informer et motiver les futurs utilisateurs

Cette information permet, d'une part, de décrire l'innovation et d'autre part, de créer le contexte psychologique nécessaire à l'implantation du guide. L'application de la théorie du modeling, à ce stade, a montré que des motivations peuvent naître en découvrant ce que d'autres institutions ont mis en place, ce que des collègues ont réussi.

Pour atteindre ces objectifs, les canaux de communication les plus appropriés en termes d'efficacité et de couverture sont les moyens audiovisuels. Les supports médias tels que vidéos et presse écrite sont particulièrement opérants à ce stade de la diffusion. La communication interpersonnelle ainsi que les contacts directs entre les personnes, lors de séances d'information, ont aussi prouvé leur utilité.

#### 2°) Obtenir l'engagement de l'institution

Il s'agit d'inciter les responsables de l'échelon local à prendre des décisions formelles et officielles vis-à-vis de l'innovation.

Il va de soi que l'institution doit percevoir les bénéfices secondaires qu'elle pourra tirer directement et indirectement de l'expérience. Il faut s'assurer de la compatibilité de l'innovation avec les pratiques, les valeurs et le projet de l'institution (surtout si ce projet n'est pas explicite).

Il faut également évaluer les résultats et les bénéfices secondaires auxquels l'institution peut s'attendre.

Des incitants d'ordre financier, en plus de la gratuité du matériel et des facilités

tés d'accès aux formations, sont parfois nécessaires. Il est également judicieux de créer des incitants d'ordre social comme la certification des participants. Parfois, en fonction de la culture et des habitudes, il est bon de permettre l'identification des personnes et des institutions participant au projet (application de labels, logos, T-shirt, poster, etc.)

**3°) Planter le programme entier**

Un programme peut évidemment être adapté au contexte d'implantation. Mais il faut veiller à ne pas lui ôter son but initial au nom de l'organisation scolaire, du désintérêt des élèves, d'une certaine démotivation des enseignants. Dans la mesure du possible, le guide doit être implanté dans les formes les plus proches possibles de sa forme originale. Les modifications ne devraient en aucun cas dénaturer les contenus et les méthodes suggérées.

Il s'avère par contre indispensable de former le staff responsable de l'implantation, de lui fournir les supports techniques et méthodologiques nécessaires et d'assurer la supervision de l'équipe durant la phase d'initialisation du projet.

**4°) Assurer le maintien de l'innovation**

L'implantation ne doit pas se limiter à la phase d'essai comme c'est bien souvent le cas. Il faut inciter les utilisateurs et l'institution à prolonger l'utilisation du guide. Il est donc indispensable de fournir les ressources humaines et matérielles pour que le projet s'institutionnalise.

A ce stade, c'est un réel système d'accompagnement et de "feedback" qu'il faut mettre en place. Ce système de contrôle et d'information permanent permet, d'une part, de se faire une idée précise des effets de l'innovation par le biais d'indicateurs de succès, et, d'autre part, d'encourager le maintien de l'innovation.

**Implications générales**

L'adoption du guide par les Etats-membres nécessite, outre les moyens humains et matériels conventionnels, une attention particulière, des compétences et du temps. Ce sont ces points que les délégués réunis lors de ce séminaire consacré à la prévention du cancer dans une école primaire promotrice de la santé ont souhaité mettre en évidence pour les autorités et pour les futurs promoteurs de cet outil de planification.

Conscients de l'étendue et de la complexité de ce processus d'implantation, qui dépasse largement les pratiques habituellement développées dans les systèmes éducatifs, ils ont voulu montrer qu'une réelle stratégie de diffusion est à mettre en place.

Cette stratégie va bien au-delà d'un envoi systématique des documents dans les structures scolaires et de formation des enseignants.

Cette stratégie en vue d'une utilisation permanente de cet outil doit couvrir un ensemble d'étapes qui s'étend de la (in)formation/incitation à l'accompagnement/supervision des équipes éducatives qui appliqueront cet outil.

**Geneviève Houlioux, Danielle Piette,** Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, (Unité Promotion Education Santé (PROMES) ■

**Références**

Bandura A.: L'apprentissage social. Collection Psychologie et Sciences Humaines, P.Mardaga (éd), Bruxelles, 1980;83:1-206.

Parcel G.S, Perry C.L, Taylor W.C: Beyond demonstration: Diffusion of health promotion innovations. In Bracht N (ed), Health promotion at the community level, Sage source-books for the human services series 15, Sage publications, Newbury Park, chap 12:229-251.

Parcel G.S et al: The diffusion of school-based tobacco-use prevention programs: project description and baseline data. Health Education Research 1989;4(1):111-124.

Parcel G.S et al: Translating theory into practice: intervention strategies for diffusion of a health promotion innovation. Family and Community Health 1989;12(3):1-13.

Perry C.L, Baranowski T, Parcel G.S: How individuals, environments, and health behavior interact: social learning theory. In Glanz K, Lewis F.M, Rimer B.K (eds) Health behavior and health education: Theory, research and practice, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, Oxford 1990; chap 8:161-186.

Rogers E.M: Diffusion of innovations. Free Press, New York (3rd ed) 1983.

(c'est une constante) que le commun des lecteurs des magazines, les hommes et les femmes des pubs engendrent des rêves de métamorphose et d'ascension sociale. Avec souvent, à la clé, l'insatisfaction pour ceux qu'ils ont séduits. Pernicieuse honte du corps, de ses propres origines, de son milieu. Dégâts de l'acculturation.

**Des remèdes contre la pub**

Faut-il croire Claude Herne lorsqu'il prétend que la pub la plus égalitaire (en principe) n'échappe pas à l'infiltration de préjugés sexistes et sociaux?

Est-ce une manière de nous inviter à considérer tout message publicitaire avec une extrême rigueur?

Ou une façon de rappeler avec quelle facilité nous trouvons autour de nous des éléments pour conforter un point de vue, surtout si celui-ci est partagé par un public élargi?

Chacun jugera après examen des pubs reproduites dans l'ouvrage.

"La définition sociale de la femme dans la publicité", comme son titre l'indique, est bien moins un pamphlet contre la pub qu'une mise à jour de ses enjeux (le profit, l'entretien des discriminations sexuelles, le statu quo social).

Les publicités ne sont pas la seule source de critiques dans "La définition". Le langage aussi, lorsque le sexisme ordinaire s'en nourrit. Illustration via une devinette: "Deux aveugles ont un frère. Ce frère dit qu'il n'a pas de frère. Est-ce un menteur?" Sur dix-huit étudiants interrogés, seize n'ont pas hésité à crier au mensonge. Pourtant rien de tel lorsque l'on envisage que les deux aveugles peuvent être des filles!

Dans le même ordre d'idée: "Un père et son fils sont victimes d'un accident de voiture. Le fils doit être opéré d'urgence. Le chirurgien de garde refuse de pratiquer l'opération en alléguant qu'il ne peut opérer son propre fils. Cette histoire est impossible ou non?". Elle est impossible seulement si on oublie qu'un chirurgien peut être une femme et la mère du jeune blessé. Eh oui, on n'y pense pas...

On peut sourire (c'est le cas pour les étudiants qui ont participé à la recherche-action) en réalisant qu'on a

**Epinglé dans l'ouvrage**

"Les produits que la publicité s'ingénie à nous vendre ne sont pas des produits de première nécessité, qui répondraient à nos besoins primaires, biologiques. On ne voit pas - ou guère - de publicité pour du sel, du sucre, des fruits, des légumes frais. Au contraire, elle nous vante des produits dont nous pourrions bien nous passer.

Ces produits inutiles, voire nuisibles, et dont le prix est largement surfait, répondent à des besoins secondaires, socialement créés (besoin de valorisation, de distinction, d'intégration...) pour être comblés artificiellement et onéreusement."

"Dans les deux cents publicités considérées, une seule montre une femme dans ce qui semble être une salle de sport. Et quand on parle de sport, il est surtout considéré comme un moyen de garder ou de retrouver la sveltesse, plus que comme un plaisir en soi."

"Après absorption d'un repas riche en féculents (pommes de terre, haricots secs) et en graisses, le pourcentage de gens qui interprètent leurs sensations digestives comme morbides (lourdeur, nausée, assoupissement, encombrement...) décroît régulièrement lorsqu'on passe des classes sociales supérieures vers les classes populaires où s'expriment plus fréquemment des sensations euphoriques (sensation d'être "bien rempli", "bien calé", de reprendre des forces). Ces habitudes alimentaires sculptent spécifiquement les corps des ouvriers."

"La publicité des revues "populaires" propose plus volontiers à ses lecteurs des remèdes pour retrouver la forme que des astuces pour l'entretenir. La pub destinée à un public plus nanti a, au contraire, tendance à valoriser des comportements préventifs. De là à parler de légitimation des infractions à un mode de vie sain, d'une culture du curatif versus une culture du préventif..."

plutôt bien assimilé la règle de prééminence du masculin sur le féminin...

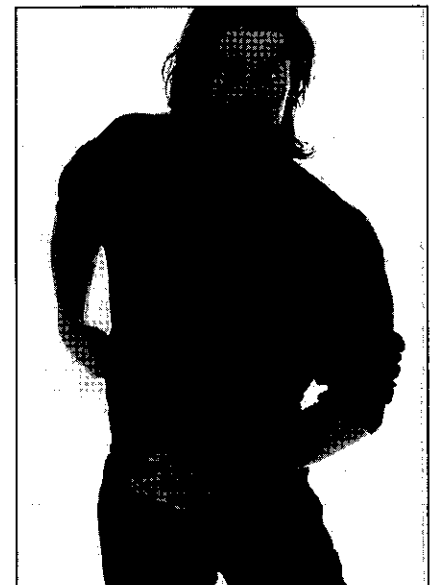
"L'étonnement est la condition première de toute approche critique, donc scientifique", note l'auteur dans ses conclusions. Le sien est plutôt communicatif (étonnement de ne pas avoir réagi plus tôt devant les stéréo-

types de la pub; étonnement à la lecture des intentions, pas vraiment conformes aux intérêts du plus grand nombre, que l'on peut y débusquer). Et, d'autant plus efficace, espérons-le, que les mots qui en font part, autant que ceux qui évoquent les pistes d'une réforme économique et politique à laquelle il serait bon de s'atteler après s'être étonnés, se défendent de tout hermétisme.

"La définition sociale de la femme dans la publicité" s'adresse donc à tous. Pas seulement aux enseignants qui, il est vrai, risquent d'éprouver un intérêt tout particulier pour un livre riche de discussions menées avec des étudiants et de développements méthodologiques.

Véronique Janzyk

HERNE C., *La définition sociale de la femme dans la publicité*, Editions Contradictions-L'Harmattan F.P.S.



Un regard franc et massif

(1) Il s'agit de "Femmes d'aujourd'hui", de "Marie-Claire" et de "Pourquoi pas?", titre aujourd'hui disparu.

**Développement et santé**

**L'OMS définit sa conception de la santé dans la perspective du développement humain**

"Parler population, ce n'est pas seulement parler chiffres. C'est parler d'êtres humains. Les taux de fécondité, de natalité, de morbidité et de mortalité ne se réduisent pas à des statistiques. Ils nous racontent l'histoire d'êtres humains bien réels", a déclaré le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), dans

une allocution prononcée le 6 septembre à la Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire.

"Il y a développement quand il y a croissance et épanouissement du bien-être de tous les individus au sein d'une société. Et il y aura développement durable quand ce processus se

vérifiera dans toutes les sociétés sur notre terre. Parler population et développement, c'est parler d'équité, de justice sociale et de respect."

Aujourd'hui, au Caire, nous sommes réunis pour chercher à améliorer et élargir les perspectives de développement pour tous. Qu'il n'y ait aucun malentendu: c'est la pauvreté que nous devons combattre, pas les pauvres!"

"Les politiques en matière de population doivent être à plusieurs dimen-



## ■ Une recherche-action sur la pub

Elles sont partout. Les publicités envahissent l'espace, collées sur des panneaux démesurés, mais néanmoins standardisés. Sur les ondes et dans la presse, elles redoublent d'efforts pour ferrer l'attention de ceux qui entendraient leur échapper. Et ne ménagent pas leurs efforts pour s'introduire, via la lucarne de la télé, au sein des logis.

Peut-on encore prétendre échapper à ce réseau de messages mercantiles?

Ceux et celles que les mécanismes de la pub intéressent trouveront matière à réflexion dans la réponse de Normand que Claude Herne propose à une telle question. Oui, on peut déjouer, à titre individuel, les pièges de la pub en prenant le temps de la décrypter. Non, rien ne sert de révolutionner images et slogans publicitaires si des réformes économiques ou législatives ne viennent pas appuyer l'innovation. Cette double réponse, "La définition sociale de la femme dans la publicité" (Editions Contradictions-L'Harmattan), s'emploie à la développer.

### Une question de méthodologie

"Sa" recherche-action, Claude Herne l'a menée avec la collaboration d'étudiants et de professeurs de l'Institut Supérieur Pédagogique et Economique de Mons-Tournai, où il enseigne. Deux cents publicités extraites de trois revues largement diffusées (1) ont été décortiquées à l'aide d'une grille de description et d'analyse. Statures, postures, vêtements, regards et expressions des personnes mises en scène ont été passés à la loupe. Idem pour leurs rapports spatiaux et sociaux. L'action mise en scène a été passée au crible de questions ("qui agit?", "qui parle?" "qui écoute?", "donne-t-on une info, une leçon, un conseil ou fait-on un reproche?", "comment apparaît le produit dont la pub fait la promotion?", "quel est l'espace mis en scène: intérieur, extérieur, quotidien ou rêvé, symbolique ou artistique?").

Les connotations qui n'ont pas manqué de venir se glisser dans les descriptions des étudiants ont été examinées de près. Parce qu'elles signalent que, tout à coup, à la faveur (?) de tel-

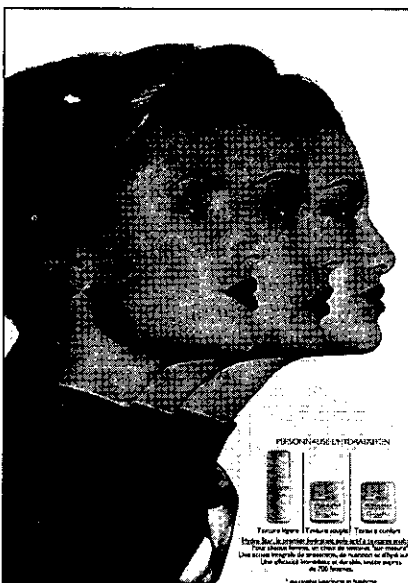
le attitude, tel décor, telle couleur, la subjectivité filtre dans les propos de ceux et celles qui croient se livrer à un simple inventaire des éléments mis en scène dans des publicités.

Les valeurs, les jugements véhiculés de manière plus ou moins explicite par les publicités des trois revues ont été comparés. La recherche a ainsi permis de dégager le mode global de vision de la femme (et partant, de l'homme, des relations de couple, du travail, du bien-être...) proposé par les différents supports.

### Sexe, de secare (couper)

Quelle que soit la revue dans laquelle ils apparaissent, les modèles féminins sont, à certains égards, logés à la même enseigne: solitude, contexte "irréaliste" (l'arrière-plan est flou ou le décor est d'un dépouillement confinant à l'abstraction) ou "nature" (les femmes seraient-elles étrangères à la culture?). Leur corps est plus rarement présenté en pied que celui des hommes (une présence en morceaux en somme). Plus souvent qu'à leur tour, les jeunes (de préférence) femmes sont perdues, paupières baissées, dans on ne sait quelle rêverie. Ou alors, elles partent devant nous d'un grand rire, les yeux au ciel. Autre absence.

Timides aussi, les belles qui affrontent l'objectif du photographe, un doigt de-



Des profils épurés

vant la bouche ou le menton calé dans la paume. Et cambrées encore, présentées de profil, pures silhouettes, à la différence de ces messieurs, plus volontiers photographiés de face, massifs.

Autre élément contribuant à "irréaliser" la femme, dégagé lors des débats menés au sein de groupes restreints par Claude Herne: son infantilisation. On pense à cette publicité pour des assurances affichant un couple bras-dessus (lui), bras-dessous (elle). Surplombant la photo des deux tourtereaux, un singulier "Je dirige ma vie". Ou à cette autre affirmant que "la femme est l'avenir de l'homme". Couplet célèbre qui s'accommode mal d'être en l'occurrence associé au tableau d'une femme "surprotégée par l'homme de la situation". Il entoure ses épaules de tout son bras. Pas peu fier de ce ventre rond où se prépare son futur.

Les femmes sont décidément ailleurs, loin du bruit et de la fureur (de vivre?) laissés à d'autres. A des messieurs bienveillants, prêts à les chaperonner si d'aventure elles se hasardaient dans "le monde".

La femme des publicités vit moins d'une vie active qu'intérieure. Lève-t-elle les yeux de son ego, c'est pour les poser sur un reflet dans une glace ou pour guetter de biais l'impact de son image chez autrui.

Elle est spectatrice d'elle-même en un temps qu'on devine sans prolongement, ou s'éternisant.

No future? Pas loin. Ce monde-là ronronne. Tout baigne, quoi. Mais quid des spectateurs de tels messages?

### La pub dans le sang

Il est, selon Claude Herne, et l'ouvrage s'emploie à le démontrer, deux chefs d'accusation auxquels la publicité a principalement à répondre: opérer une nette distinction entre les comportements masculins et féminins (entretenant ainsi le préjugé que de l'identité sexuelle découlent des traits psychologiques et des aptitudes intellectuelles) et hypothéquer le bien-être mental et physique du public féminin. Plus beaux, plus argentés

sions", a-t-il ajouté. "Elles doivent viser à réduire la pauvreté en stimulant la croissance économique, en créant des emplois et en développant les infrastructures économiques et sociales. Elles doivent aussi s'attacher à donner aux femmes prise sur leur vie et à améliorer leur statut."

"Les femmes doivent pouvoir avoir un accès facile à des soins de santé sûrs et qui leur conviennent, qui soient de qualité et d'un coût abordable. Cela doit comprendre l'accès aux services de santé génésique. Deuxièmement, les femmes doivent pouvoir élargir leurs perspectives d'avenir personnel grâce à de meilleures chances face à l'éducation et à l'emploi. Et, troisièmement, le statut personnel, économique et social des femmes doit être garanti et promu par la loi."

"Le point de vue de l'OMS a toujours été que les personnes et les couples devraient avoir accès, de façon libre et responsable, à la planification familiale", a déclaré le Dr Nakajima. "Cela fait 25 ans que l'OMS fait oeuvre de pionnier, ouvrant des voies à la recherche fondamentale et opérationnelle sur des méthodes contraceptives sûres et efficaces, destinées aussi bien aux hommes qu'aux femmes. Avec ses Etats Membres, partout dans le monde, l'OMS a pu mener des programmes de coopération technique dans le domaine de la santé génésique, à la recherche de solutions pratiques qui soient acceptables pour tous."

### La santé au coeur du développement

"La santé ne peut se fragmenter", a-t-il souligné. "La santé génésique est partie intégrante et essentielle de la santé en général. Les besoins en santé génésique ne se limitent pas aux femmes en âge de procréer, mais sont une composante importante de la santé d'ensemble des nourrissons et des jeunes enfants, des personnes âgées et des hommes. Les services de santé génésique comprennent le contrôle de la fécondité et de la stérilité, la prévention et le traitement des cancers et des infections des organes de reproduction, la prévention, le dépistage et le traitement du VIH-SIDA et des maladies sexuellement transmissibles, ainsi que la santé maternel-

le et la maternité sans risque. Ils doivent faire partie de tous les services de soins de santé primaires. Les soins de santé génésique doivent être fournis tout au long de la vie de chaque individu et doivent satisfaire aux normes éthiques et techniques les plus rigoureuses possibles."

Chaque année, 12,9 millions d'enfants meurent avant l'âge de cinq ans. Et sur ce total, un sur trois (4,3 millions) meurt dans le mois qui suit sa naissance, ainsi que l'indique un document de l'OMS sur la santé, la population et le développement présenté à la Conférence du Caire. Pour chaque mère ou nouveau-né qui meurt au moment de l'accouchement, bien plus nombreux sont ceux qui survivent avec des séquelles physiques ou mentales. Or, beaucoup de ces décès pourraient être évités par l'accès à des soins de santé primaires, des mesures d'hygiène simples, des soins prénatals, la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement et des soins de meilleure qualité.

Au moins un demi million de femmes meurent chaque année de complications survenues pendant la grossesse et l'accouchement, parce qu'elles n'ont pas la possibilité de se faire soigner, qu'elles ont des grossesses trop nombreuses et trop rapprochées, parce qu'elles sont trop faibles, mal nourries et atteintes d'anémie chronique, parce qu'elles sont trop jeunes ou parce qu'elles sont trop vieilles. On estime qu'environ 13 % d'entre elles meurent à cause d'avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, dans des tentatives désespérées de mettre fin à une grossesse non désirée.

On dénombre environ 150 millions de naissances. Quelle sorte de vie attend ces nouveau-nés? Quels changements de santé pour répondre à leurs besoins? Pour l'OMS, la santé est au coeur du développement. Il ne peut y avoir de croissance sociale et économique durable sans une population active et en bonne santé. La question qui se pose est donc la suivante: comment assurer à toutes les personnes, les familles et les communautés les conditions d'un choix réel pour la santé et le bien-être?

Pour l'OMS, c'est la santé des femmes, des nourrissons et des en-

fants qui détermine et prépare la santé des sociétés présentes et futures. Et c'est au sein des familles et des communautés que la santé commence et est favorisée - ou menacée. La famille, qui est l'unité fondamentale de production et de reproduction de la société, doit donc être au coeur de toutes les stratégies relatives à la santé, à la population et au développement.

Le rôle de l'homme et celui de la femme sont définis au sein de la famille, mais ils s'enracinent dans la société et lui font écho. Ces rôles concernent notamment la répartition du pouvoir et des influences. Au sein de la famille et à l'extérieur, les relations entre les hommes et les femmes comprennent notamment les relations sexuelles entre adultes, la répartition des tâches, et le rôle dévolu à chaque sexe dans la société. Ces relations concernent non seulement des problèmes de santé comme les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH-SIDA, et la violence contre les femmes et les enfants, mais aussi l'orientation des politiques de santé.

Il est important que les filles soient nourries au sein aussi longtemps que les garçons et reçoivent ensuite la même qualité de soins et de nourriture qu'eux. Il est essentiel que les filles soient scolarisées comme les garçons et que les mêmes perspectives d'éducation leur soient ouvertes. Il est également important de corriger le biais qui, à ce jour, persiste au détriment des femmes dans la recherche médicale et épidémiologique. On pourra alors mieux comprendre les besoins de santé et les réactions biologiques spécifiques des femmes aux différentes étapes de leur vie. Cela contribuera à réduire la morbidité et la mortalité chez les femmes et augmentera leurs chances de mener une vie plus pleine et d'échapper aux infirmités de la vieillesse.

L'OMS estime que l'éducation des femmes est essentielle pour la santé de la famille. Lorsqu'une femme est malade, mal nourrie et brimée, tous en souffrent - les générations présentes et futures - sa famille, ses enfants, et même ses enfants à naître. Dans les pays en développement, les femmes plus instruites commencent moins jeunes à avoir des enfants, ont davantage de chances de recourir à la

planification familiale et utilisent plus facilement les services de soins prénatals, les prestations au moment de l'accouchement et les services de soins infantiles.

Les femmes sont traditionnellement les dispensatrices de soins au sein de la famille et il arrive de plus en plus souvent qu'elles soient les seules à gagner de quoi vivre. Les familles monoparentales représentent désormais près de 20 à 30 % de toutes les familles en Afrique, en Amérique latine et dans les Caraïbes, et quelque 15 % en Asie et dans le Pacifique. Dans 90 % d'entre elles, le parent est une femme et, souvent, elles sont parmi les plus pauvres et les plus défavorisées.

### Tendances démographiques

D'après ce rapport de l'OMS, la dynamique démographique peut rendre plus difficile l'instauration de la santé pour tous, car l'évolution démographique modifie constamment la nature de la tâche à accomplir. Il appar-

tient aux planificateurs de relever le défi et de répondre efficacement aux modifications intervenant dans la taille, la croissance, la structure et la distribution de la population mondiale dans un esprit de justice sociale.

Dans certaines régions, la préoccupation qui domine est la croissance démographique absolue, qui implique que l'on consacre davantage de ressources aux soins de santé primaires, y compris à la planification familiale, pour répondre aux besoins accrus d'une population qui augmente. Dans d'autres régions du monde, c'est le vieillissement rapide de la population et son impact sur les services de santé qui, de plus en plus, devront soigner des maladies cardio-vasculaires et d'autres affections non transmissibles comme le cancer et le diabète. Dans d'autres situations encore, c'est la redistribution géographique des populations, à la suite de migrations de masse et de l'urbanisation, qui exigera de nouvelles approches logistiques et des innovations dans les services de santé. Ces deux dernières tendances

démographiques contribuent à la résurgence de maladies comme la tuberculose et le choléra, ainsi qu'à la propagation d'infections comme le VIH-SIDA.

"Pour faire face aux besoins de santé nouveaux, accrus et d'une complexité croissante chez leurs populations, tous les pays doivent préparer une revitalisation en profondeur de leurs systèmes de santé", a déclaré le Dr Nakajima dans son allocution. Et il a ajouté: "Un premier pas serait, dans les politiques et les financements publics, de donner à la santé la place primordiale qui lui revient dans le développement des personnes et de la société."

Communiqué OMS/64, 6 septembre 1994.

Pour de plus amples informations, contacter le Dr T. Türmen, Directeur, Division de la Santé de la Famille, tél.: 41 22 791 3364 ou 791 3365; ou Mme C. Abou-Zahr, unité de la Santé maternelle et infantile et de la Planification familiale, tél.: 41 22 791 3367. ■

## Devenir fumeur, être fumeur, retrouver une identité de non-fumeur

### Introduction

Des séances d'aide au sevrage tabagique ont été proposées à des adultes fumeurs désireux de s'arrêter de fumer dans le cadre de "Besançon non-fumeur" entre 1988 et 1992.

Leur consommation avant le plan de sevrage était en moyenne de deux à quatre paquets de cigarettes par jour. L'originalité de cette méthode a été d'offrir un accompagnement qui comprend un temps de préparation psychologique à l'arrêt du tabac. Cette démarche reposait à la fois sur un soutien individualisé et sur une dynamique de groupe. Enfin, la méthode consistait en un travail progressif de préparation à l'arrêt (5 séances), suivi de 2 à 3 séances de soutien.

Cette expérience nous permet d'élaborer quelques hypothèses explicatives quant aux facteurs qui condui-

sent une personne à devenir fumeur, à le rester ou à vouloir s'arrêter de fumer.

### Entrée dans le tabagisme

C'est entre 11 et 15 ans que se pose le problème de l'accès au tabagisme (collège, lycée). L'habitude tabagique se met en place lentement avec le temps, la maturité psychosexuelle et le groupe social. Un des points forts de cette accession se situe pour les jeunes hommes au moment du service militaire (18-22 ans), durant la vie étudiante ou la vie active. Pour les jeunes filles, c'est également au cours de cette période que le tabagisme s'installe par le biais des études ou d'une profession. Selon des enquêtes nationales récentes (1),(2), les pourcentages de fumeurs hommes et femmes les plus élevés se situent

dans les classes d'âge les plus jeunes: 18-24 ans et 25-34 ans.

Au regard des témoignages et lorsque l'on pose la question aux fumeurs "comment êtes-vous devenu(e) fumeur (se) ?" Les réponses les plus courantes sont les suivantes:

"le service militaire" (référence au groupe social), "les astreintes de la vie professionnelle", "pouvoir m'affirmer face aux autres" (référence à la maturité psychosexuelle), "mon père fume" (référence à l'image parentale masculine).

### Expérimentation de la cigarette en transgressant l'interdit parental

L'expérimentation de la cigarette vers 11-14 ans est une règle partagée entre pairs; c'est un moyen de reconnaissance et d'appartenance au groupe.

## Formations en prévention du sida

Pour combattre le sida, seuls des comportements de prévention sont actuellement efficaces. Il est donc nécessaire de prendre le temps d'apprendre, et d'agir en fonction de son savoir. Partant de deux principes, la capacité des individus à modifier leur comportement et le respect des droits des personnes séropositives, le CEDIF organise en coordination avec l'Agence Prévention Sida des formations spécifiques. Leur but est de permettre aux participants de définir leur investissement personnel et leur rôle professionnel par rapport à la prévention du sida, de développer leur capacité d'écoute active et des compétences profes-

sionnelles requises pour la prévention du sida, d'acquérir les connaissances nécessaires et de définir leur place dans le processus de prévention.

Plusieurs types de programmes sont proposés:

- un programme s'adressant à un public multidisciplinaire, reprenant quatre modules de formation: module de base, adolescents et prévention, adultes et prévention, outils pédagogiques;

- des modules pour publics spécifiques: prévention à l'école secondaire, organisations de jeunesse, institutions d'hébergement et d'accueil;

- des formations à l'intention du personnel d'une institution, organisées sur demande;

- des formations à l'intention des intervenants auprès de populations spécifiques (homosexuels, toxicomanes, jeunes défavorisés, ...), organisées en collaboration avec les organismes subventionnés.

Le programme des formations 1994-1995 peut être obtenu à l'adresse suivante:

CEDIF Formation, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/502 68 00. ■

## Pour qui roule le JEP?

Devant certaines publicités choquantes, mensongères ou tout simplement nulles, vous vous êtes déjà sans doute demandé si tout était permis en la matière. Eh bien non, le Conseil de la Publicité est doté d'un organe d'auto-discipline, le Jury d'Ethique Publicitaire, dont le but est d'"écarter toutes formes de publicité trompeuse, immorale ou de mauvais goût, qui discréditent l'ensemble de la publicité".

Ce jury, au sein duquel on trouve des représentants des annonceurs, des agences de publicité et des media, peut être saisi avant ou après la diffusion d'une publicité, à l'initiative d'un annonceur, d'une agence de publicité, d'un support, ou de toute personne physique ou morale.

Il décide si la publicité est conforme au code d'autodiscipline, si elle doit être modifiée, ou si sa diffusion doit être suspendue. La plupart des media respectent ses recommandations.

Détail important, le "jury n'est pas investi d'un rôle de juridiction arbitrale chargé de trancher entre prétentions concurrentes ou de concilier des intérêts particuliers".

Ajoutons pour l'anecdote qu'il fête cette année ses 20 ans.

### Cas vécu

Les dossiers des affaires instruites sont confidentiels, et le JEP interdit explicitement d'en faire état publiquement. Nous sommes donc bien obligés de respecter ce souci d'opacité, assez étonnant d'ailleurs de la part du monde de la publicité qui a plutôt l'habitude de faire beaucoup de bruit.

Le JEP intervient souvent pour des publicités relatives à des produits liés à la santé, à des médicaments ou à des traitements médicaux, ou encore aux cosmétiques.

En l'occurrence, il s'agissait d'informer le public à la radio sur l'existence d'une brochure d'information sur le prix des médicaments, notamment des médicaments génériques, qui sont comme vous le savez l'objet d'une campagne de dénigrement systématique des producteurs de "grandes marques".

Le JEP a bloqué la diffusion des spots en utilisant l'argument bateau habituel de l'industrie, à savoir que les génériques ne seraient pas des copies conformes des spécialités de référence. On ignorait que les professionnels de la publicité étaient des spécialistes de la bio-équivalence!

Sans entrer dans les détails, vous aurez compris que les promoteurs de la campagne ont eu la désagréable impression d'être tout simplement censurés parce que leurs informations dérangeaient certains intérêts partisans. On est très loin de l'éthique... ■

## Parent progressivement

En 1990, la maltraitance a entraîné l'ouverture de 2.200 dossiers en Communauté française. Elle touche surtout les tout-petits: 8% des enfants ont moins d'1an, 24% ont moins de 3 ans et 52% moins de 7 ans (chiffres cités dans "Le Soir", 10-05-1994).

### De l'agressivité à la maltraitance

Dans la vie de tous les jours, chacun d'entre nous est confronté à des situations où une tension accumulée nous entraîne vers l'agressivité. A ce moment, nous gérons cette situation comme nous le pouvons, plus facilement si nous avons des éléments pour comprendre.

Il en va de même dans les questions de maltraitance. Moins nous avons de clés pour comprendre ce qui se passe pour nous-mêmes et dans la relation avec notre enfant, moins nous savons relativiser et prendre du recul, plus nous serons des parents potentiellement maltraitants. Ce sont des moments de la vie où le parent est confronté à ses propres limites et à sa propre histoire.

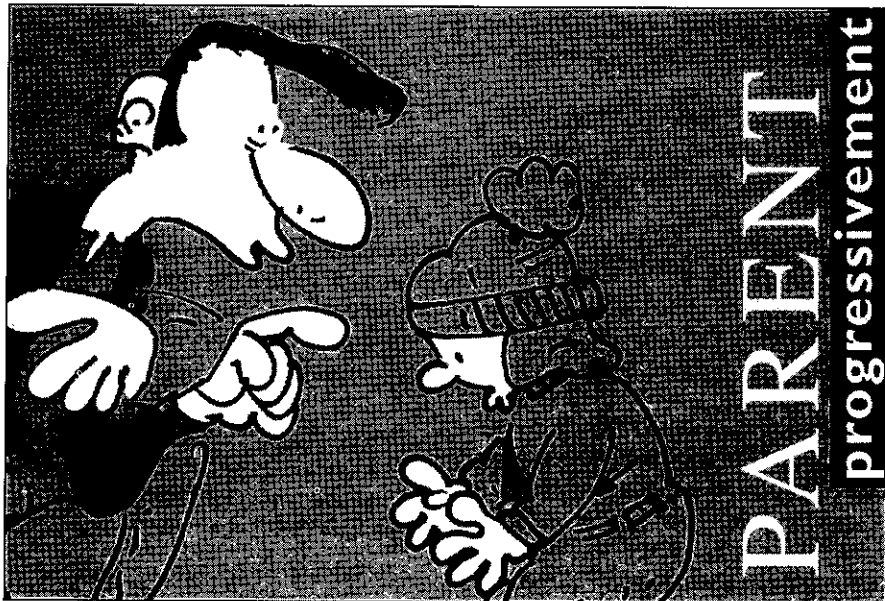
Les services Petite Enfance et E.S.P.A.C.E. Santé des Femmes Prévoyantes Socialistes se situent au niveau de la prévention dans leurs actions. C'est pourquoi ils ont décidé d'agir en commun.

### Une brochure pour prévenir

Parler des situations de tension avec de futurs ou de jeunes parents peut être une forme de prévention. La création d'un outil répondant à cet objectif a donc été décidée.

La brochure "Parent progressivement" s'adresse aux parents qui vont ou viennent d'avoir un enfant (de 0 à 18 mois). Elle est composée de 18 illustrations (de Pierre Kroll) qui permettent de reconnaître les ambivalences et dédramatiser les pièges.

Elle fonctionne par une mise en évidence de causes de déséquilibres qui peuvent survenir et entraîner de l'agressivité. Elle illustre et explique, donne des pistes pour ne pas trop en



accumuler. Elle reconnaît la vulnérabilité.

Il s'agit donc de mises en situations illustrant d'où les tensions naissent; de mise en évidence des réactions, des sentiments à partir desquels la situation peut se dégrader.

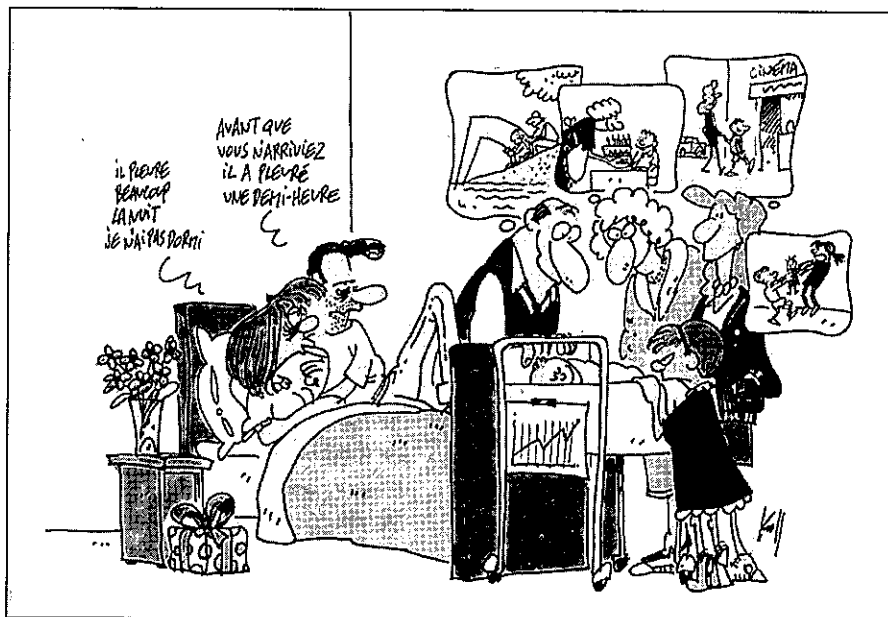
La brochure se termine par quelques informations concernant des livres à lire pour mieux comprendre les tout-petits et des adresses utiles.

En conclusion, les responsables de cette initiative voudraient dire aux parents: "On est avec vous, on sait que

ce n'est pas toujours simple car on n'apprend nulle part à être parent, on le devient progressivement. Une relation positive se construit pas à pas."

La diffusion du document se fera par le canal des 2500 colis layette distribués chaque année gratuitement par la mutualité socialiste à ses affiliés. La brochure peut aussi être achetée au prix de 100 FB + 30 FB de port.

Pour tout renseignement complémentaire, adressez-vous aux Femmes Prévoyantes Socialistes, rue Douffet 36, 4020 Liège. Tél.: 041/41.62.11. ■



C'est aussi un interdit parental et de société qui, lorsqu'il est transgressé entraîne un certain plaisir (fumer en groupe, en cachette) et donne une valeur rituelle à l'initiation d'une pratique.

Parallèlement, le jeune marque sa sortie du monde de l'enfance par le biais de la maturité psychosexuelle. Le jeune tente alors de se différencier en entrant en compétition avec lui-même, avec le groupe de pairs auquel il appartient et le groupe des adultes. La cigarette est l'indicateur de ce processus de différenciation, elle semble être le témoin obligatoire du passage entre l'enfance et l'adolescence.

Mais les premières cigarettes sont cependant perçues comme désagréables au goût. Ce n'est donc pas le principe de plaisir qui prédomine au début du tabagisme chez le jeune mais la recherche d'une identité. Il est aisé de faire un rapprochement avec la maturité et la construction de la personnalité.

C'est au cours de l'adolescence, au moment où se pose de façon cruciale le problème de l'autonomisation, de la séparation et de la recherche de son identité que le tabac apparaît.

Cette période est également marquée par la transgression et parfois même la régression, la peur de perdre un lien symbolique, affectif avec sa famille; aussi le choix peut se porter sur une dépendance, le tabac qui est facile d'accès. Par ailleurs, le choix d'une addiction ne semble pas être lié à un individu exclusivement mais à son environnement immédiat: histoires et habitudes familiales, groupe culturel, sexe, etc...

### Mimétisme social, idéal parental, échange et reconnaissance du groupe social

La pratique tabagique s'installe conditionnée par le mimétisme social (adultes, entourage familial et amical), par une identification à un idéal masculin ou féminin. Fumer serait une forme de reconnaissance, une manière d'acquiescer un statut social.

Passé ce temps d'expérimentation et de mimétisme, certains ne continuent

pas, d'autres sans vraiment connaître les raisons profondes qui les motivent, intériorisent le désir de fumer comme un besoin. Le comportement de fumeur s'inscrit alors dans l'habitude.

### Installation du tabagisme

L'installation du tabagisme va s'effectuer très progressivement et de façon parfois insidieuse pour le fumeur.

### Un besoin qui s'intériorise

Il va amener la personne consciemment mais le plus souvent inconsciemment à satisfaire celui-ci, procurant assez rapidement un plaisir au début du tabagisme puis un déplaisir pour le gros fumeur qui souhaite s'arrêter. La sensation de plaisir éprouvé se modifie avec le temps.

Le besoin s'intensifie avec le renforcement des habitudes tabagiques. En se référant à la psychanalyse, un besoin se définit comme "un besoin sexuel primitif qui une fois éveillé doit être satisfait ou dérivé mais il ne peut cesser spontanément" (3).

### Les raisons avouées à partir de quelques témoignages

Qu'est-ce qui vous pousse à fumer?

"La peur du poids d'être seule", "mon mari fume", "j'ai peur de perdre ma meilleure amie (la cigarette)", "je fume à cause des événements qui ponctuent ma vie", "j'ai peur de manquer", "le plaisir de la cigarette, elle me permet de m'évader, elle me donne du courage, je m'accorde du temps, c'est une habitude", "je fais de la fumée", "j'en ai besoin pour démarrer ma journée", "le rôle et l'image du père" (ressembler au père), "l'image du fumeur", "le milieu professionnel" (les réunions, les appels téléphoniques), "la détente, le plaisir" (gestion du stress), "je fume lorsque je bois, lorsque je m'ennuie" (conduite addictive, l'inoccupation).

L'approche psychanalytique de la structure de la personnalité permet de comprendre certaines motivations inconscientes qui conduisent à la tabagie. Elles trouvent leur origine dans un ou plusieurs des trois stades du déve-

loppement de la personnalité de l'individu qui sont le stade oral, le stade anal, le stade phallique. Cette approche est très intéressante si elle est enrichie à la lumière du vécu personnel du fumeur et de son histoire familiale.

### Le stade oral

Premier stade du développement qui représente toute la sphère orale chez l'homme, il est présent dès la naissance. En fait, la cigarette pourrait être un substitut de la mère, un point d'ancrage symbolique la remplaçant (cordon ombilical), dans son rôle maternant de remplissage (mère nourritrice).

Le besoin de nourriture est assuré chez le nouveau-né par le réflexe de succion, le bout de la cigarette peut apparaître comme une substitution du bout du sein ou de la tétine sur lequel le nouveau-né va se jeter goulument et applique sa succion. A un niveau plus élaboré, la cigarette permettrait à la personne de retrouver une sécurité, un apaisement des tensions endogènes et exogènes. De façon inconsciente, cela renvoie au souvenir archaïque de l'apaisement de la faim chez le bébé.

C'est également un plaisir gustatif en particulier pour les cigarettes qui suivent les repas. Comme le souligne O. Lesourne (5), la cigarette représenterait "l'objet de la phase cannibalique" que le fumeur détruit en se l'appropriant. En fait la cigarette fonctionnerait symboliquement chez le sujet comme le bon et/ou le mauvais objet (3).

### Le stade anal

Deuxième stade du développement qui amène le jeune enfant à l'acquisition progressive de la propreté, les réflexes excrémentiels sont très présents, ils peuvent être brutaux c'est-à-dire chargés d'une certaine agressivité. Au niveau du tabagisme, on peut considérer que l'enfumage des lieux, de l'entourage, l'abandon des mégots, les cendres créent des salissures en lien avec les réflexes excrémentiels. La fumée inhalée et rejetée symbolise le jeu de la vie et de la mort dans le corps. Expulser la fumée s'apparenterait aux flatulences intestinales. En fait, tous ces aspects représenteraient un exutoire inconscient au besoin d'agresser.

### Le stade phallique

Troisième stade du développement infantile de la libido qui s'installe une fois que les deux stades précédents sont dépassés par l'enfant. Ce stade conduit à rechercher et à acquérir l'autonomie, la puissance et le plaisir. En effet, le jeune qui commence à fumer le fait au début en cachette de l'autorité parentale, il se confronte à la loi familiale puis sociale et obtient une certaine satisfaction à posséder ce pouvoir.

### Les mécanismes de la dépendance

Les mécanismes de la dépendance commencent à être mieux connus et ils ne sont pas univoques. Fumer fait partie du système de fonctionnement de la personne au même titre que les autres besoins vitaux. La non-satisfaction de ce besoin est pour la personne une cause de souffrance psychique difficile à supporter: la dépendance psychologique est constante.

### La dépendance sociale ou psychosociale

L'acte de fumer devient nécessaire, par exemple, pour faire une tâche, affronter un groupe, se calmer ou se donner du tonus. Le fumeur croit avoir besoin d'une cigarette. D'autres se sentent mal à l'aise lorsqu'ils sont empêchés de fumer, travaillés par le désir de fumer.

"Je fume pour me donner du courage, cela me permet de tenir le coup", "je fume pour calmer mes nerfs, gérer le stress du travail", "je fume en réunion avec mes collègues de travail", "en famille après un bon repas, lors de discussions".

### La dépendance pharmacologique

Le rôle de la nicotine est ici important puisqu'il s'agit d'une dépendance à la substance psychogène du tabac. Selon l'O.M.S (4) la dépendance est "un état psychique et souvent physique résultant de l'interaction d'une substance sur un organisme, cet état s'exprime par des réponses comportementales, des phénomènes biologiques, et par une impulsion intense à renouveler la

consommation en vue d'en retrouver les effets psychiques et d'éviter l'inconfort provoqué par l'abstinence".

On parle alors de syndrome de sevrage qui peut se traduire par trois types d'effets, des effets comportementaux et psychiques, des effets physiques, des effets biologiques.

Effets comportementaux et psychiques: envie de fumer, tension psychique, agitation, irritabilité, agressivité, tendance dépressive, difficultés de concentration, somnolence, augmentation de l'appétit...

Effets physiques: prise de poids (5 à 15 kg), effets sur le système nerveux central, troubles du sommeil...

Effets biologiques: le fumeur pharmacodépendant a besoin en permanence d'un niveau sanguin de nicotine qui irrigue ses neurones. Lorsque la nicotine baisse, les neurones en réclament, et le fumeur va allumer une cigarette. Ceci se retrouve chez de gros fumeurs. Cependant, tous n'éprouvent pas les effets de la pharmacodépendance (5% à 10% des cas seulement). Le syndrome de sevrage est en fait un ensemble de signes et de comportements liés à la privation en nicotine qui se traduit par les effets cités plus hauts.

### Le symbolisme dans la tabagie (6),(7)

Depuis des millénaires l'homme s'est toujours entouré de symboles. Approcher par la symbolique sur la façon de fumer (attitude), l'utilisation de l'objet, les différents doigts de la main, les composants du tabac (la fumée, les cendres), les éléments employés (le feu), ouvre un autre regard sur la compréhension de l'acte de fumer. Dans l'acte de fumer, des parties du corps humain donnent une attitude particulière au fumeur. Quel symbolisme trouve-t-on pour le nez, la bouche, les doigts?

Les deux premiers organes ont comme point commun leur rôle important dans la vie de l'homme comme organes de la respiration. La bouche a d'autres fonctions puisqu'elle sert à l'alimentation, à la gustation, à la phonation, au baiser. Ils symbolisent la vie, le plaisir.

L'acte de fumer est à la fois plaisir et prise de risques face à la mort: ceci est en opposition avec les éléments symboliques. Le principe de plaisir est alors détourné et on peut se demander ce qu'éprouve le fumeur.

La main et les doigts inscrivent leur gestuelle dans les habitudes du fumeur. En effet beaucoup affirment ne plus avoir conscience de leur geste. Le symbolisme de la main est marqué par la manifestation de la puissance, de l'acte du pouvoir. Chaque doigt a sa signification, aussi dans l'acte de fumer, la cigarette repose principalement sur le doigt de la mort (le majeur) mais elle est tenue par le doigt de l'affirmation, de la vie, de la parole, du jugement (l'index). Le pouce lui est le symbole du pouvoir masculin. On retrouve dans cette symbolique gestuelle un jeu de pouvoir avec le corps.

### Sortir du tabagisme

L'expérience des plans de sevrage permet l'observation du cheminement psychologique du fumeur vers la quête d'une identité et d'un devenir de non-fumeur.

### Les motivations à l'arrêt du tabac

Les raisons d'arrêter de fumer pour une personne sont multiples et variées, souvent associées à diverses circonstances extérieures:

"Je pense à mon bébé" (la grossesse), "retrouver le goût des saveurs", "je ne vois pas l'intérêt de continuer à fumer, il y a des tensions dans le couple" (le conjoint pousse à l'arrêt), "se libérer de l'esclavage, de la dépendance", "l'environnement familial" (gêne dans les repas et réunions de famille), "se donner un défi, être capable de", "l'argent, le coût du paquet de cigarettes".

### La perte du désir et du plaisir

Le parcours du fumeur pour parvenir à retrouver une identité de non-fumeur, à être non-fumeur est complexe, plus ou moins long, et demande plusieurs investissements personnels. Parmi eux, un investissement psychique très important où le

santé à l'école. Ils demandent fermement que l'éducation pour la santé dans le domaine du cancer soit clairement inscrite dans le cadre des principes de l'Ecole Promotrice de Santé.

Afin d'améliorer l'acceptabilité et l'utilisation des guides dans les Etats membres, les participants du séminaire ont formulé les recommandations suivantes: diffuser les guides dans leur forme originale et compléter ceux-ci par une introduction qui précise les concepts d'écoles promotrices de la santé, de modes de vie sains et de diffusion.

Les délégués souhaitent que la commission de l'Union européenne encourage et développe davantage des études et recherches concernant les possibilités diverses de promouvoir, diffuser et réaliser le concept d'écoles

promotrices de santé dans les Etats membres. Et ce en particulier en favorisant:

- des études comparatives des politiques, des réglementations, des contraintes et des opportunités d'implantation et de dissémination des actions de promotion de la santé et de prévention du cancer dans les écoles primaires;
- des recherches visant à étudier l'efficacité des différents types de curricula: curriculum séparé, intégré, transversal et en spirale;
- l'instauration et le maintien de formations des professionnels de la santé et des enseignants relatives à la santé des jeunes, à la promotion des modes de vie sains, à l'éducation pour la santé à l'école et à la prévention du cancer;
- l'information mutuelle concernant

les pratiques et les ressources disponibles dans les Etats membres.

Pour conclure, les délégués confirment les missions du programme "L'Europe contre le cancer": émettre des directives et des schémas d'orientation à destination des Etats membres, soutenir les actions innovatrices à l'échelon national, régional voire local et faciliter la circulation des informations relatives en général à la promotion de la santé de jeunes et en particulier, à la prévention du cancer dans les écoles promotrices de la santé.

**Geneviève Houioux, Danielle Piette,** Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Unité Promotion Education Santé (PROMES) ■

## ■ Prévention du tabagisme

### Nouveau programme de promotion de la santé

Le 1er juin 1994, la Commission Européenne a annoncé l'adoption de sa proposition de programme d'action communautaire concernant la promotion, l'information, l'éducation et la formation en matière de santé pour la période 1995-1999.

Cette proposition est le second programme de santé publique devant être adopté dans le nouveau cadre d'action dans le domaine de la santé publique; la Commission avait adopté en mars 1994 un troisième plan d'action contre le cancer.

Le programme est basé sur la promotion d'un style de vie sain.

Lors de la présentation du programme, le Commissaire Flynn a attiré l'attention sur l'importance de la promotion de la santé car aujourd'hui, les principales causes de décès et de maladies ne sont plus les maladies transmissibles mais bien les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les accidents et les suicides. Les facteurs comportementaux, tels qu'une

alimentation déséquilibrée, la consommation de tabac, l'abus d'alcool et le manque d'exercice physique jouent un rôle très important; c'est pour cette raison que la Commission propose dans son nouveau programme que la promotion de la santé ait pour base le principe de "prévenir vaut mieux que guérir".

L'objectif du programme sera d'améliorer les normes de santé au sein de la Communauté en favorisant la compréhension des facteurs de risque et en encourageant l'adoption d'un style de vie et de comportements qui contribuent à être en bonne santé.

Ceci impliquera:

- information à la santé sur les différents facteurs de risque et déterminants de santé;
- éducation à la santé dans plusieurs infrastructures (écoles, lieux de travail, loisirs...);
- formation professionnelle du personnel actif dans le domaine de la promotion de la santé et de la santé publique;
- mesures spécifiques de prévention et de promotion de la santé destinées

aux groupes de population vulnérables ou défavorisés.

La Commission poursuivra cet objectif en encourageant la coopération entre les Etats Membres et en soutenant leurs actions. En liaison étroite avec ceux-ci, la Commission s'engage également à promouvoir la coordination de leurs politiques et programmes par le développement et la mise en place de réseaux, d'actions communes et de systèmes d'échange d'informations.

La Commission propose également que soit créé un Comité consultatif qu'elle présidera. Il réunira des représentants de chaque Etat membre, d'organisations non gouvernementales et des professionnels travaillant dans le domaine de la santé publique.

La Commission pense qu'un budget de 35 millions d'ECUs sera nécessaire pour mettre en place ce programme de façon efficace pour la période 1995-1999. Un montant de 6 millions d'ECUs a déjà été prévu dans le budget proposé pour 1995.

Extrait de "Prévention du Tabagisme", n° 25, août 1994, p. 4 ■

Le souci de valoriser des productions nationales, régionales voire locales de qualité, est partagé par la majorité des délégués. Ils souhaitent ainsi voir se tisser un dispositif de partage d'informations et d'outils. En outre, ils plaident en faveur de la création d'un réseau d'échange de documents, de la mise en place de banques de données et de l'initialisation d'un réseau de correspondants locaux.

L'espace et le temps d'échange autour du matériel et des pratiques devraient aussi s'implanter aux différents échelons européens, nationaux et régionaux. Le Réseau européen des écoles promotrices de la santé est une amorce de cette dynamique mais il faudra veiller à lui donner les moyens de s'institutionnaliser à long terme.

### Dissémination, diffusion et implantation

Facilitateurs et observateurs extérieurs s'accordent pour affirmer que le processus de diffusion est rarement envisagé lors du développement de matériel. Beaucoup de délégués ont découvert que l'étendue de la stratégie à mettre en place, les moyens à trouver et le temps à libérer étaient importants et devaient être envisagés dès la conception d'un document.

Cette prise de conscience de la rigueur des conditions de diffusion constitue un premier pas; c'est le début de la construction d'un processus de diffusion et d'implantation efficace. Il reste à consolider ces acquis et à permettre aux délégués, une fois dans leur pays, de maintenir l'attention sur ces critères d'efficacité. Des bases solides, éventuellement sous forme de formation, devraient être établies par les autorités compétentes pour garantir le succès des actions de prévention.

### Conclusions

En termes de but et objectifs, cette rencontre a été l'occasion d'un vaste échange d'informations relatives aux pratiques, aux outils et aux structures d'éducation pour la santé dans l'Union européenne. Elle a aussi permis aux délégués de débattre tout au long des ateliers des principes fondateurs de la prévention du cancer dans une op-

tique plus large de promotion de la santé des jeunes.

Le séminaire a fourni l'opportunité à certaines délégations de présenter les concepts sur lesquels s'appuient la politique de promotion de la santé et la prévention du cancer dans les écoles de leur pays. Parmi ces principes, il faut relever, par exemple, les bases de l'éducation à la citoyenneté responsable et de l'éducation à la démocratie.

Ces stratégies accordent naturellement une place importante à l'autonomie de décision des entités nationales et régionales et au principe de transversalité dans les programmes scolaires. Le respect de ces diversités ne va cependant pas à l'encontre d'une politique globale européenne de promotion de la santé. Le travail durant la rencontre a montré la richesse d'une approche commune européenne qui tient compte de ces spécificités locales.

Dans cette optique, les délégués souhaitent que l'Union se consacre à la réalisation de schémas d'orientation générale plutôt qu'à la réalisation de guides. Ceci laisserait plus de place à l'adaptation des lignes directrices aux réalités locales.

Les participants ont estimé que les guides pouvaient être utiles à la formation des enseignants. En effet, ces documents peuvent constituer des éléments de sensibilisation à l'éducation pour la santé et servir d'élément moteur pour développer des projets de prévention du cancer dans les écoles. Des séminaires de formation sont nécessaires pour optimiser sur le terrain les contenus et les processus proposés.

Ces outils pédagogiques constituent des modèles et une base de discussion. Ils peuvent permettre de construire une stratégie qui tient compte des réalités spécifiques des Etats membres.

Certains délégués regrettent cependant que les contenus soient encore trop centrés sur les notions de risques développées dans le Code européen contre le cancer (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, expositions excessives au soleil, inactivité physique, etc.). Ils souhaitent voir les schémas d'orientation s'élargir aux

perspectives d'une approche globale telle que définie dans les recommandations de Dublin de 1990.

De la rencontre, il ressort que les éducateurs pour la santé sont peu préparés à penser en termes de diffusion. Ce séminaire a permis à une majorité de délégués de prendre conscience de la nécessité d'un large éventail de stratégies pour assurer une diffusion efficace, et de comprendre que les perspectives d'action ne peuvent pas se limiter à la conception des outils. Le temps et les moyens nécessaires pour mettre en place une réelle politique de diffusion ont longuement été évoqués durant les ateliers.

Conscients de l'étendue et de l'importance de la tâche qui les attendait une fois de retour dans leur pays, les délégués ont suggéré que l'Union soit à l'initiative non seulement d'un vaste réseau d'échange d'informations, notamment sur les pratiques en cours dans les Etats membres, mais aussi d'un réseau d'échange d'outils, de matériel, de guides, etc.

Ils proposent dans cette perspective la création d'une banque européenne de données utiles en termes de faisabilité, d'applicabilité, d'adaptabilité et d'efficacité des outils pédagogiques.

Les délégués insistent sur la création d'un lien permanent entre des comités locaux d'information coordonnés par un comité européen, s'inspirant du modèle du réseau européen des écoles promotrices de la santé (stratégie à l'échelon européen, à l'échelon national/régional et à l'échelon local).

### Recommandations

Les participants du séminaire ont remercié la Commission de l'Union européenne de leur avoir offert l'occasion de discuter et de commenter les "Guides pour l'éducation pour la santé/cancer" rédigés par les experts du groupe de travail du Programme "Europe contre le cancer". Ils reconnaissent que cette initiative du groupe est un moyen de promouvoir positivement la santé des élèves de l'enseignement primaire à travers toute l'Europe.

Les délégués observent que les Etats membres adoptent différentes approches de l'éducation pour la

fumeur déploie une énergie considérable pour atteindre son but.

Premièrement, il va exprimer son choix: "j'arrête". Celui-ci est un désir puis une réalité en devenant un agir. Parallèlement, la prise de conscience du tabagisme se précise même si auparavant les méfaits du tabac étaient inavoués.

La prise de conscience s'effectue sur la dépendance, le nombre de cigarettes, le sens des cigarettes fumées, les effets de la cigarette (odeur, goût, poids symbolique du paquet,...). Et paradoxalement les cigarettes vécues et considérées comme bonnes sont effectivement amplifiées durant cette période par le fumeur désireux de s'arrêter (cigarette plaisir, détente, etc...).

Parallèlement, le clivage entre le désir de fumer et la réalité d'arrêt s'opère au niveau de l'habitude tabagique, "il fonctionne comme un foyer d'infection localisé" (6). Odile Lesourne émet l'hypothèse que "l'intoxication tabagique a pour fonction de fixer ou d'endiguer une certaine angoisse latente de manière à préserver d'autres secteurs de la personnalité" (6). Fumer serait affronter le mauvais objet et le clivage aurait pour but de sauver la cigarette-mère c'est-à-dire le bon objet fantasmatique du fumeur.

Dans le sentiment d'esclavage lié au besoin de fumer, la personne tente alors de maîtriser cette attitude psychique plutôt que l'objet lui-même.

Parallèlement l'acte de fumer met en évidence l'aspect masochiste chez la personne (éprouver du plaisir à se faire du mal). La cigarette est ainsi ressentie comme mauvaise. Le plaisir est clivé et le désir s'évanouit. A ce moment, le fumeur se redonne la vie en s'arrêtant de fumer (passage du désir à la réalité). Le défi, la volonté marquent alors la toute puissance du fumeur.

Ce dernier observe dans le même temps son comportement et ses manies, son rituel s'inscrit dans l'acte individualisé de fumer. Parallèlement à ses prises de conscience, il s'aperçoit de son image sociale d'être fumeur, de son appartenance à un groupe identifié: les fumeurs. Le doute face à la réussite de l'arrêt, apparaît chez la personne et génère le processus d'ambivalence mettant ainsi le sujet dans un sentiment de malaise.

Par exemple: "Ne suis-je pas en train de me trahir?", "Je trahis le groupe, je me marginalise", "A quel groupe j'appartiens? fumeur ou non-fumeur?"

Accéder à l'image sociale du non-fumeur est difficile et ce passage est souvent source de découragement. Comment vivre cette séparation? Le travail de sevrage tabagique consiste à apprendre à vivre cette séparation qui réactive d'autres expériences de séparation vécues antérieurement par le sujet.

Cependant, le moment le plus important pour la personne se situe égale-

ment dans la prise de conscience de l'existence de sa problématique personnelle à laquelle est lié étroitement l'acte de fumer. Progressivement la personne s'est inscrite dans le devenir d'un non-fumeur où l'identité de non-fumeur existe.

Géraldine Gruet, psychologue

Adresse de contact: Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs (CDES 25), 19 Place du 8 Septembre, 25000 Besançon (France) ■

### Références bibliographiques

- (1) F. BAUDIER, DRESSEN C., ALIAS F. (sous la direction de): Baromètre santé 92. Ed. CFES, 1994.
- (2) F. BONNIN: Tabagisme, synthèse documentaire. Ed. CDES 25, DIREPS Grand Est, 1993.
- (3) J. LAPLANCHE et J. B. PONTALIS: Vocabulaire de la psychanalyse, éd. PUF, 1967.
- (4) J. PERRIOT: Tabacologie. Coll. Abrégés. Ed. Masson. 1993.
- (5) O. LESOURNE: Le grand fumeur et sa passion. Ed. PUF, 1984.
- (6) P. SERINGE: Les symboles dans l'art, dans les religions et dans la vie de tous les jours. Ed. Hélios, 1988.
- (7) J. CHEVALIER et A. GHEERBRANT: Dictionnaire des symboles. R. Laffont, 1982.

## ■ Quand la relation soignant-soigné est interculturelle

Le postulat selon lequel le rapport culturel que l'on entretient avec la santé peut engendrer des phénomènes d'exclusion n'est pas neuf. La langue, les référents culturels, les pratiques religieuses, le niveau d'éducation, le niveau social, le manque d'information et de formation sont autant d'éléments qui conduisent souvent vers une communication et une relation soignant-soigné difficiles, parfois génératrices de conflits, voire même parfois préjudiciables à la santé du patient.

Spécialisée dans les relations interculturelles et sensibilisée par cette problématique, l'asbl Résonances a donc décidé de se lancer sur la voie du rapport culturel à la santé au travers d'un projet de longue haleine subventionné par le FIPI (Fonds d'impulsion à la Politique des Immigrés).

Constat de départ : une carence en matière d'information et de formation. Les concepts de maladie, d'hygiène, de douleur, ..., varient d'une latitude à l'autre. Les pratiques sanitaires, les représentations mentales en matière de santé des patients de cultures différentes sont souvent méconnues.

Faute de temps, de moyens, d'informations, souvent pour des raisons d'urgence et dans des conditions de travail parfois difficiles - l'obstacle de la langue - les travailleurs de la santé négligent la prise en compte des valeurs culturelles de leurs patients. Dès lors, le rapport qui s'instaure entre le "soignant" et le "soigné" est faussé. La communication est parasitée, elle peut conduire vers un mauvais diagnostic, des soins inadaptés ou mal équilibrés et partant, générer des phénomènes d'exclusion, sûrement involontaires, mais tout aussi dangereux.

Le premier volet du projet "Santé et cultures" visait donc l'information et la formation des travailleurs de la santé sur les pratiques culturelles sa-

nitaires des patients d'origines étrangères.

En ouverture, un colloque "Quand la relation soignant-soigné est interculturelle" (1) a rassemblé près de 300 participants autour des interventions de Chris Paulis, Louis Ferrant, Antoine Gailly, Olivette Mikolajczak, Noura Hamdam, Maureen Louhenapessy sur les thèmes suivants: "Aspects culturels du corps, de la santé et de la médecine", "Communiquer en matière de santé avec une population immigrée", "Le psychosomatique chez le patient immigré", "L'expression de la plainte", "L'éducation à la santé pour la petite enfance : une expérience d'animation et de coordination en milieu immigré", "Maternité et sexualité dans le monde arabo-musulman", "Le sida chez les patients migrants et réfugiés".

Dans la foulée du colloque, Résonances a proposé et organisé six journées de formation sur des thèmes aussi divers que l'alimentation, l'information sexuelle, l'éducation à la santé, ... Ces formations, destinées aux professionnels de la santé et dispensées par les animatrices de l'asbl "Cultures et Santé", poursuivait l'objectif de rechercher des pistes d'analyse et de décodage des problèmes rencontrés par les intervenants. Ces formations visaient également à réfléchir sur des propositions d'actions.

Le deuxième volet du projet "Santé et Cultures", mené en partenariat avec une Maison médicale liégeoise, a débuté en octobre 94. D'une part, il cherche à valoriser le rôle et le savoir-faire des populations d'origines étrangères. D'autre part, il cherche à promouvoir, auprès des professionnels de la santé, une réflexion et une démarche interculturelle dans le domaine de la santé. Enfin, il voudrait conduire à une confrontation des opinions et des préjugés des professionnels de la santé et de la population immigrée.

La première étape: l'écoute. Dans le cadre d'animations réalisées dans des groupes déjà structurés et constitués de personnes d'origines étrangères, Résonances souhaite entendre le récit des expériences et des savoir-faire dans le domaine de la santé, à propos du recours aux remèdes de "bonne-femme" et/ou aux médicaments, de l'expression de la plainte, de l'appel à un guérisseur et/ou au médecin, des soins à la maison et/ou à l'hôpital, ...

La deuxième étape: une publication destinée aux professionnels de la santé qui rassemblera les témoignages précieusement récoltés au cours des animations. Quelques interviews - dont celle d'un guérisseur - viendront compléter ces témoignages.

Par cette publication, Résonances souhaite contribuer à la promotion d'une réflexion interculturelle dans le domaine de la santé. Cette réflexion devrait conduire à l'analyse et à la compréhension des pratiques sanitaires, à la démythification des préjugés, à l'élargissement des modèles de références thérapeutiques ainsi qu'à l'utilisation et l'optimisation des connaissances sanitaires et médicales traditionnelles par le personnel soignant.

Enfin, au terme d'une évaluation de ce projet, et à l'image de ce qui se fait déjà en Flandre et à Bruxelles, Résonances se lancera peut-être sur la voie des "médiatrices de la santé".

Anne Fossi, Résonances ■

Article sur un projet ayant bénéficié d'une subvention de la Communauté française de Belgique

(1) Les actes du colloque "Quand la relation soignant-soigné est interculturelle" (organisé à Liège le 27/11/93 en collaboration avec l'Université de Liège) sont disponibles au prix de 250 frs. + 50 frs. de frais d'envoi chez Résonances, rue Soeurs de Hasque, 9 à 4000 Liège. Tél. et Fax. 041/23.39.83.

## ■ Prévention scolaire du cancer

Ce texte présente un séminaire européen consacré à la prévention du cancer dans une école primaire promotrice de la santé. Ce séminaire a été organisé à Bruxelles en mars 1994 avec le soutien du Programme "L'Europe contre le cancer" de la Commission de l'Union Européenne.

### Présentation du séminaire

Dans le cadre global de l'éducation pour la prévention du cancer (Dublin 1990) et du Code européen de prévention du cancer, deux guides méthodologiques ont été publiés par la Commission de l'Union européenne pour soutenir les enseignants dans leur travail pédagogique d'éducation à la prévention du cancer. L'un a été rédigé par Mme C. Cabrol, enseignante détachée au Centre de Prévention des Cancers EPIDAÛRE à Montpellier (France), l'autre par Mme N. Wetton de l'Université de Southampton (Royaume-Uni). Ces documents ont été mis au point à la demande des délégués du groupe de travail "Éducation pour la santé dans les écoles primaires" du programme "L'Europe contre le cancer" de la Commission de l'Union européenne.

Ces deux guides ont en commun de proposer un curriculum adapté aux enfants de l'école fondamentale (approche positive et globale de la santé, méthode participative, intégration des activités dans l'ensemble des matières, actions en lien avec les familles et la communauté). Notons qu'il existe également dans ce domaine de l'éducation pour la prévention du cancer différents documents à diffusion limitée peu connus des enseignants des pays voisins.

Un séminaire rassemblant 53 enseignants, formateurs d'enseignants et autres responsables de l'enseignement fondamental des pays de l'Union européenne, a permis d'échanger les expériences relatives à l'utilisation de guides et de documents de prévention et de jeter les bases de stratégies de diffusion de ce type de matériel.

Le séminaire, organisé à Bruxelles du 2 au 6 mars 1994, s'était donné le but

d'identifier les conditions de diffusion (voir l'article consacré à la publication d'un outil) des guides méthodologiques "Prévention du cancer" dans les différents pays, de proposer des stratégies d'utilisation de ces documents par les écoles primaires et de faciliter les échanges d'informations et d'expériences entre les pays membres de l'Union européenne dans le domaine de la promotion de la santé.

### Besoins et attentes des participants en matière d'éducation à la prévention du cancer

Le tour d'horizon de la situation dans les Etats membres révèle le manque de coopération à l'échelon gouvernemental, l'insuffisance des ressources financières, l'absence de motivation de certains enseignants et la diversité des approches pédagogiques comme autant de facteurs défavorables à l'instauration d'une réelle politique de prévention dans les écoles.

Les délégués recommandent que des réglementations nationales soient instituées dans chaque Etat membre en faveur du développement de la promotion de la santé à l'école primaire.

Parmi les facteurs favorables à l'implantation de projets de prévention du cancer dans les classes, il faut souligner la possibilité d'utilisation du thème "cancer" comme un des thèmes fédérateurs de la promotion de la santé des jeunes.

Des demandes précises ont été formulées par l'ensemble des délégations. Elles se synthétisent de la manière suivante:

- axe institutionnel: comprendre les rapports entre le Programme "L'Europe contre le cancer" et le Réseau européen des écoles promotrices de la santé;
- axe conceptuel: clarifier les liens entre la promotion de la santé des jeunes, l'éducation pour la santé, la prévention du cancer à l'école et la santé;
- axe méthodologique: examiner les

réglementations utiles à l'instauration d'une politique cohérente de prévention du cancer dans les écoles primaires de l'Union européenne, les stratégies développées, les ressources humaines et matérielles utilisées en Europe, etc.;

- axe outil: préciser les objectifs des guides, leur public-cible, leur utilisation, leur adaptation;

- axe utilisateurs: débattre de la motivation et de la formation des enseignants.

### Les guides

La place de la prévention du cancer dans une école promotrice de la santé a été d'emblée intégrée dans un contexte plus large qui dépasse l'école et les enfants. Ce contexte doit tenter de tenir compte de l'ensemble des aspects socio-culturels, socio-économiques, politiques, psychologiques et philosophiques qui déterminent la santé.

La prévention du cancer à l'école doit trouver un ancrage au sein de l'éducation en général et éviter tout réductionnisme aux facteurs de risque focalisés uniquement sur la prévention du tabagisme et sur l'éducation nutritionnelle. Les participants ont insisté sur l'importance du développement des principes de base de cette éducation, notamment l'éducation à l'autonomie, à la résolution de problèmes, à la résistance aux diverses pressions, le développement de l'estime de soi, l'éducation aux risques.

L'école promotrice de la santé a tout naturellement trouvé sa place comme cadre pour expérimenter ce mode de vie sain : l'école est à la fois un lieu où ces principes peuvent non seulement s'apprendre, mais où ils doivent se vivre.

Des travaux consacrés à la pertinence des guides, il ressort que des besoins manifestes de formation émergent. Les principes et les attitudes nécessaires aux éducateurs semblent suffisamment développés, mais la manière de les mettre en oeuvre et de les opérationnaliser au niveau des écoles et des collectivités semble susciter des difficultés d'application.