

**Formation
Bruxelles**

A partir du 25 mai 1998

La méthodologie du changement émergent, développée au Québec par l'IDCE, fait émerger des possibilités de changement insoupçonnées qui débouchent sur l'action. Cette méthode, promue en Belgique en partenariat avec le CFIP (Centre pour la formation et l'intervention psychosociologique), vous est accessible au cours d'une formation approfondie de 15 jours avec certification. Elle vous permettra de vous situer comme agent de changement dans votre organisation. Une nouvelle session démarre le 25 mai 1998.

Pour tout renseignement: CFIP, avenue Louis Gribaumont 153, 1200 Bruxelles, tél. 02/770.50.48, fax 02/772.67.84.

Alimentation

Pour répondre aux nombreuses demandes qui lui sont adressées, l'Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition (ICAN ASBL) vient de mettre en place un réseau de diététiciens couvrant les Communautés française et germanophone de Belgique.

Dix diététiciennes spécialement formées et déjà expérimentées se tiennent désormais à votre disposition pour toute animation, information, conférence, formation,... dans les domaines de l'alimentation et de l'éducation nutritionnelle.

Dans votre région, une diététicienne ICAN peut par exemple vous aider à:

- * réaliser une information diététique dans votre club sportif, votre association féminine, votre amicale de pensionnés,...

- * mettre sur pied un déjeuner et/ou une animation dans votre classe, votre école,...

- * former votre personnel sur des thèmes tels que l'équilibre alimentaire, l'hygiène en collectivité, la mise en pratique de certains régimes,...

De nombreux outils (dossiers didactiques, montages diés, dépliants thématiques,...) réalisés par l'ICAN servent de base à ces interventions.

Intéressé(e) par une intervention? Contactez l'ICAN, quai du Barbou 4, 4020 Liège, tél./fax 04/344.78.25.

**Education du patient
Villeneuve d'Ascq (F)**

Le Centre Régional de Ressources et de Formation à l'Education du Patient (Cerfep) ouvre aujourd'hui ses portes à tous les professionnels de santé intéressés par l'éducation du patient. Cette structure a trois objectifs: accompagner les projets, former les soignants et mettre en place un centre de ressources documentaires.

Elle est animée par une équipe permanente de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) Nord-Picardie, associée à des professionnels de santé, des formateurs et des représentants d'institutions.

Contacts: documentation, Viviane Szymczak, 03.20.05.63.96; formation et accompagnement de projets, Céline Lesay, 03.20.05.64.93; secrétariat, 03.20.05.63.53.

Petite annonce

La Fédération francophone belge pour le Planning familial et l'Education sexuelle met en location un étage réservé à des bureaux à Ixelles (environ 80m², 3e étage). Priorité aux associations.

Renseignements: rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles, tél. 02/502.82.03.

Offre d'emploi

L'Unité U.C.L.-RESO engage: chercheur (m/f) en promotion de la santé, à mi-temps, pour une durée d'1 an (extensible à 6). Conditions: - âge maximum 30 ans - diplômé(e) dans le champ de la santé (minimum licence avec grade) - formé(e) en éducation pour la santé, ou prêt(e) à se former - disponibilité, capacité d'écriture, méthode - goût pour la recherche - envie de s'engager dans une thèse de doctorat en santé publique - éducation pour la santé.

Adresser CV et liste (et copies) de publications à: Pr. A. Deccache, UCL-RESO, Ecole de Santé Publique, fac. de Médecine UCL, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles.

Attention! Comme chaque année, nous allons vous demander d'exprimer votre souhait de continuer à recevoir Education Santé. Le bulletin de réabonnement paraîtra dans le prochain numéro. Ne le ratez pas...

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: Chantal Delvaux, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geraets, Sophie Hector, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Véronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue du Val d'Or 79, 1150 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.900 exemplaires.

Diffusion: 2.500 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). E-mail: education.sante@ping.be.

Education SANTÉ

Discrimination positive

par Chantal Leva
p. 2

Les inégalités sociales de santé

par Hervé Avalosse
p. 2

Empowerment:

illusion ou réalité?
par Xavier Lechien
p. 4

Partenariat et collaborations

par Anne Herscovici
p. 6

Sécurité et précarité

par F. Martin, L. Moret, P. Paris, I. Aujoulat et M.A. Michenot
p. 9

Prévention, médecine générale

et milieux défavorisés
par Pascale Heremans
p. 12

Prévenir le cancer

avec le minimex?
par Michel Andrien
p. 14

Jouer au "Chemin de la santé"

pour un développement durable en santé
par Suzanne Dubois
p. 16

Un regard sur la santé mentale

des migrants
par A. Gailly et R. Ben Driss
p. 17

Promotion de la santé dans les

écoles des quartiers défavorisés
par Karin Levie
p. 21

Le Comité français d'éducation

pour la santé et les milieux défavorisés: vers une approche

intégrée
par Brigitte Sandrin Berthon
p. 23

Education pour la santé

et différences socio-culturelles
par Nicole Tinant
p. 26

Reconstruire le tissu social

par Dominique Leborgne
p. 28

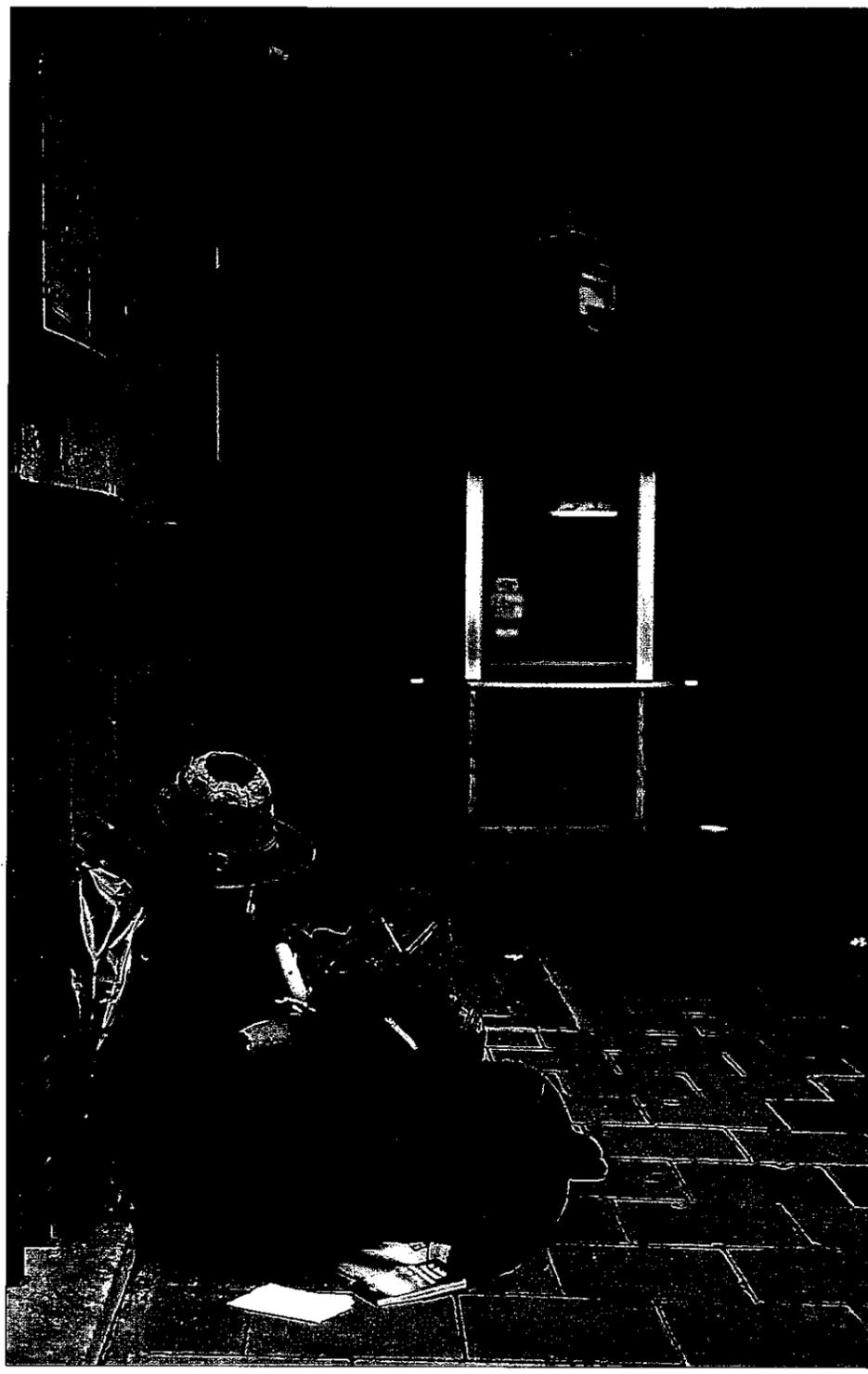


Photo: Ph. Baynaers / Photos News

*Prévention, éducation pour la santé
et milieux défavorisés*

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



Selon une habitude maintenant bien établie nous avons le plaisir de vous soumettre dans cette livraison un peu particulière d'Education Santé les textes de la plupart des intervenants de la 8e journée scientifique organisée le 25 octobre dernier par le RESO (ESP/UCL).

L'occasion nous y fut donnée d'entendre que les milieux défavorisés doivent constituer une priorité pour les programmes de promotion de la santé, ce qu'on savait déjà, mais aussi de découvrir la richesse et l'originalité d'interventions développées dans notre Communauté et ailleurs.

Mais cédon's tout de suite la parole à Chantal Leva, rappelant les choix politiques de la Communauté française de Belgique en la matière.

Discrimination positive

"Si le nombre de riches a doublé en cinquante ans, celui des pauvres a triplé", affirme le programme des Nations Unies pour le Développement. Environ 1,3 milliard d'hommes survivent avec moins d'un dollar par jour; dans les pays industrialisés, plus de 100 millions de personnes vivent au-dessous du seuil de pauvreté; 840 millions d'individus sont mal nourris, dont 160 millions d'enfants... Un quart de la population mondiale souffre de pauvreté. Et le nombre d'indigents ne cesse de croître, à raison de 25 millions par an!

"Pour bâtir l'avenir de tous, il faut partir des préoccupations et des expériences des plus pauvres", soutient le Mouvement ATD Quart-Monde Belgique. "Comment créer une société solidaire sans aujourd'hui permettre que toute personne, si pauvre soit-elle, puisse contribuer au bien-être de sa famille, de la société et de l'humanité? Notre destin à tous est commun".

L'organisation de cette journée, centrée sur les milieux défavorisés rejoint totalement les préoccupations de la

Ministre-Présidente dans le secteur de la promotion de la santé et se situe pleinement dans l'esprit du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

Lors des débats qui se sont déroulés avant le vote du décret au Parlement de la Communauté française, la Ministre-Présidente a eu la volonté d'apporter aux textes des précisions utiles concernant la notion même de promotion de la santé, la sensibilisation dans le milieu scolaire, l'importance de l'évaluation des projets, la collaboration avec les autres instances compétentes pour la politique de la santé, avec cette obsession d'une recherche de cohérence dans l'action et la prise en compte des besoins des groupes qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable, ou des différences de culture.

La politique de promotion de la santé que nous voulons donc mettre en oeuvre en Communauté française est une politique de discrimination positive pour que l'on intervienne davan-

te auprès de ceux qui en ont le plus besoin.

Il est important de rappeler que travailler à une autre approche avec les populations défavorisées, les reconnaître comme actives, créatives, capables d'initiatives et de réussites, c'est faire de la Promotion de la Santé. Promouvoir la santé, c'est aussi mieux connaître les gens.

Les mieux connaître, c'est les respecter. La société doit permettre le respect des droits des personnes. De toutes les personnes.

La marginalisation, la précarisation et l'exclusion sont les premiers facteurs de risque.

Chantal Leva,
Attachée de Cabinet de la Ministre-Présidente

Cette 8e journée scientifique a été organisée avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la Commission des Communautés européennes, DGV.

femmes de 80 années, soit un gain de près de 7 à 8 années par rapport à 1960.

Taux de mortalité, toutes causes étant confondues

Le taux de mortalité est le rapport entre le nombre de décès enregistrés au sein d'une population au cours d'une période, et le nombre d'indivi-

Les inégalités sociales de santé

Un contexte à première vue favorable

Globalement, on peut constater un progrès continu de l'état de santé des populations, du moins dans nos sociétés occidentales. Trois indicateurs de santé publique le vérifient clairement pour notre pays.

Espérance de vie

L'espérance de vie est un indicateur qui permet, selon l'âge de référence, de répondre à la question: "combien d'années ai-je encore à vivre, en moyenne?"

En Belgique, en 1994, l'espérance de vie à la naissance était pour les hommes de 74 années et pour les

Accident domestique - troisième âge Bruxelles

De janvier à juin 1998

Le projet *Equilibre* aborde la thématique du vieillissement à Bruxelles. L'angle d'approche est la prévention des chutes à domicile.

La démarche est centrée sur un module de formation, destiné aux intervenants à domicile, en contact avec des personnes de 60 ans et plus.

Quatre axes sont développés. Le premier module, Vieillesse, a eu lieu de septembre à décembre 1997.

Le module **Communication** a commencé en janvier 98: il aborde les aspects relationnels entre personne âgée et intervenant.

Le module **Diagnostic de l'environnement** commence en avril 98: il vise à repérer les situations à risque et à rechercher des solutions concrètes.

Le module **Mobilité** commence également en avril 98: il fait le lien entre mobilité physique et mentale, source de prévention des chutes et de santé mentale.

Ces trois modules peuvent être suivis séparément ou groupés.

Dépliants d'inscription et textes de présentation sont disponibles au numéro de téléphone: 02/512.41.74. Coordination du projet: Luciane Tourtier.

Equilibre est une initiative de l'ASBL Question Santé, coordonnée par le Centre Local de Promotion de la santé de Bruxelles; un partenariat a été développé avec Educa Santé, Bruxelles Assistance, le Centre Urbain et la Mission Locale de Schaerbeek.

Formation Liège

A partir de février 1998

Le CERES (Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé de l'Université de Liège) organise des formations en éducation et communication pour la santé (Caps) et en éducation et communication relatives à l'environnement (Ecom). Ces formations mènent au titre de conseiller en communication dans ces deux spécialités.

Dates à retenir:

* séances d'information: le lundi 9 février 1998 à 14h ou le lundi 24 août 1998 à 14h;

* sélections obligatoires: le mercredi 11 février 1998 à 10h ou le mercredi 26 août 1998 à 10h;

* début des formations: le mercredi 18 février 1998 à 10h ou le mercredi 2 septembre 1998 à 10h.

Renseignements: CERES, Université de Liège, Val Benoît, rue Stévert 2, bât. C1, 4000 Liège, tél. 04/366.90.60, fax 04/366.90.62.

Social Bruxelles

18 et 19 mars 1998

2es Rencontres européennes de l'écoute. Thème: "l'écoute, promesses et impasses".

- **Mercredi 18 mars 1998:** "quelle importance aura l'écoute dans la société de demain? Quelles sont les particularités de notre société pour que l'on se pose de telles questions?"

Ateliers Ecoute et milieu: l'entreprise, l'enseignement, la santé, la formation des bénévoles, la famille, la justice.

- **Judi 19 mars 1998:** "à quelles conditions l'écoute peut-elle être restauratrice du sujet et du lien social?"

Ateliers:

écoute et savoir ("Plus je sais moins j'écoute. La compétence rend-elle sourd?")

écoute et pouvoir ("Qu'écourent les politiques? qu'y entendent les citoyens?")

écoute et réciprocité ("J'écoute. M'écoute-t-on?")

écoute et solidarité ("Les exclus n'auraient-ils rien à dire?")

écoute et culture ("Nous entendre à travers nos cultures")

écoute et thérapie ("Que peut l'écoute?")

Lieu: Hôtel Europa Intercontinental, rue de la Loi 107, 1040 Bruxelles.

Prix: 2950 francs.

Renseignements: Télé-Accueil Bruxelles, rue Masui 45, 1000 Bruxelles, tél. 02/203.43.63, fax 02/203.42.94, adresse E-mail: dfacto@skynet.be

Education du Patient Bruxelles

Mars, avril, mai, juin 1998

Dans le cadre du cycle de Séminaires-Conférences annuel en Education du Patient, l'Unité d'Education pour la

Santé (RESO-UCL) organise les séminaires suivants:

* Séminaire 1: Approche pédagogique de l'éducation du patient - méthodes et évaluations, animé par le Dr. R. Gagnayre (U.F.R. de Bobigny, Université de Paris-Nord, Education du patient).

Dates: les 20 et 21 mars 1998, de 9h30 à 17h.

* Séminaire 2: Evaluation des besoins, des effets et de la qualité de l'éducation du patient - méthodes et techniques individuelles et de groupe, animé par le Prof. A. Deccache (UCL - RESO).

Date: le 9 mai 1998, de 9h30 à 17h.

* Séminaire 3: Approche psychologique de l'éducation du patient - obstacles liés aux patients et aux soignants, animé par Mme A. Lacroix (Hôpital cantonal de Genève).

Dates: les 22 et 23 mai 1998, de 9h30 à 17h.

* Séminaire 4: Communication éducative dans la relation de soins, animé par Mmes K. Van Ballekom et F. Libion (UCL-RESO).

Dates: les 7 mars, 25 avril et 6 juin 1998, de 9h30 à 17h.

Réservation indispensable (accès limité à 25 participants par séminaire). Date limite d'inscription: le 15 février 1998.

Participation aux frais: étudiants EDUS gratuit; autres: séminaires 1, 3 et 4, 2.000 francs par séminaire, séminaire 2, 1.000 francs. L'ensemble des séminaires: 5.000 francs.

Renseignements et inscription: Mme N. Joris, Unité RESO-UCL, Centre Faculté -1, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.50.70, fax 02/764.50.74,

email: libion@reso.ucl.ac.be

Contraception Charleroi

21 avril 1998

Conférence organisée par les Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi, le mardi 21 avril 1998 à 18h30, par Madame Claude Martin, infirmière ONE.

Renseignements et inscription: FPS, Philippe Mouyart, avenue des Alliés 2 (6e étage), 6000 Charleroi, tél. 071/208.745.



PHOTO: ZAFAR

3) un projet dont la réalisation est un déclencheur pour la suite des actions.

L'objectif de la micro-action est de "structurer les membres du groupe autour d'une activité (...). Leur donner la joie et la fierté d'une action réussie, faire naître le goût et l'ambition d'oser d'autres actions et motiver ainsi la poursuite du développement communautaire" (Interview d'I. Gassel, 22.04.91).

Pour illustrer brièvement les résultats obtenus, je vais évoquer quelques exemples des thèmes abordés par les enfants.

Tout d'abord l'image du quartier dans lequel ils vivent avec, malgré ce qu'ils disent d'une vision négative de l'extérieur de la cité, un fort sentiment d'appartenance renforcé par une idéalisation du quartier.

Ensuite, l'extérieur, qu'ils perçoivent comme dangereux et porteur de stigmatisation à leur égard.

La santé où apparaissent l'alcool et la drogue liés aux jeunes du quartier mais surtout l'hygiène et la propreté dans le cadre de vie.

Le bien-être avec d'un côté tout ce qui est propre et calme et de l'autre tout ce qui est sale et bruyant ou peut-être le lien entre le bien-être physique et le bien-être mental qui pourrait être la politesse comme marque de respect dans les relations entre les gens.

Leur vie au quotidien faite des activités habituelles des enfants mais filtrée par la violence du lieu avec en conclusion un verdict sans appel: "10 ans ici, on devient fou".

Les jeunes de la cité avec la fatalité d'un avenir proche négatif pour eux-mêmes s'ils deviennent comme les jeunes.

Les adultes, ceux-ci n'agissant pas en tant que tels, trop d'entre eux étant hors normes ou hors la loi et pour les enfants, ils ont moins peur du rapport à l'adulte que de ce que celui-ci fait.

La violence, tout est cassé, tout est brûlé, les grands frappent. Et si on ne veut pas être violent, il faut être seul mais si on est seul, on s'expose à la violence.

Des projets collectifs: pour que la cité soit belle, il faudrait arranger, repeindre, mettre des fleurs, nettoyer et que tout le monde soit copain!

La plupart des actions proposées par le groupe des enfants ont été "réinjectées" dans la recherche-action générale et plusieurs ont été effectivement réalisées (montage vidéo, réalisations d'affiches et de dessins, rencontres avec les adultes).

Commentaire

Ce type de travail demande du temps et aussi une remise en question de la place de l'intervenant chercheur dans un processus dont il n'est pas certain de garder le contrôle. Il permet aussi de constater, encore une fois, que pour des personnes habitant des lieux stigmatisés, même s'ils connaissent aussi bien que les autres les risques inhérents à certains comportements, ils sont moins capables que d'autres de modifier

ces comportements et qu'une approche centrée sur les risques n'est pas forcément pertinente.

De plus, même si on doit être conscient des limites d'une approche anthropologique et donc d'un risque de "surculturaliser" certains comportements, cette lecture permet de relativiser l'existence de groupes homogènes (par exemple les milieux défavorisés) auxquels on pourrait appliquer des programmes types. Il faut toujours réinsister sur l'importance du contexte local et de la prise en compte des trajectoires individuelles et des projets sociaux des personnes concernées surtout si nous nous adressons à des populations qui n'ont pas forcément choisi leurs lieux de vie et leurs modes de vie.

Ce serait alors encore davantage dans la rencontre entre des histoires individuelles et un contexte social et culturel que la prévention et l'éducation pour la santé en milieu défavorisé pourraient s'orienter.

Enfin, en guise de conclusion, je reprendrai une phrase de J.P. Deschamps pour qui "l'éducation pour la santé n'a pas forcément à fabriquer des messages et à trouver des moyens pédagogiques propres à les diffuser. Elle doit être avant tout écoutée plutôt que parole et fondamentalement faire confiance à la population dans ses capacités à identifier, décrire et éventuellement résoudre ses problèmes de santé".

Dominique Leborgne, Assistant social, licencié en éducation pour la santé, Maison sanitaire de Mons

appartenant à cette même population.

En Belgique, en 1960, le taux de mortalité était de 12,4 pour mille habitants. En 1994, ce taux passe à 10,3 pour mille habitants, soit une diminution de 17% de la mortalité en 34 ans, toutes causes confondues.

Mortalité infantile

On entend par mortalité infantile le nombre de décès enregistrés chez les enfants de moins d'un an, par rapport au nombre de naissances (morts nés exclus).

En Belgique, la mortalité infantile était de 31,2 pour mille naissances en 1960. En 1994, ce taux était de 7,6 pour mille. Soit une diminution de 76%. Certains pays font encore mieux. En Suède, en Finlande, aux Pays-Bas le taux de mortalité infantile est inférieur à 7 pour mille.

Si l'évolution de ces indicateurs traduit un net progrès quant à l'état de santé, par contre d'autres indicateurs conduisent à une appréciation moins positive. Le progrès, en fait, s'est inégalement réparti entre les diverses catégories sociales.

On constate des différences significatives quant à l'état de santé des gens selon leur appartenance socio-économique. Ce sont, en effet, les couches sociales les plus modestes qui sont systématiquement désavantagées par rapport à la mortalité, morbidité, et qui ont également le plus de problèmes dans leur recours aux soins. C'est à ce titre que l'on peut parler d'inégalités sociales en matière de santé.

Qu'entend-on par les plus "modestes"? Généralement, la stratification sociale est réalisée selon trois dimensions: les revenus, le niveau d'instruction, le statut professionnel. Les catégories sociales les plus modestes sont donc caractérisées par les "scores" les plus faibles quant à ces trois dimensions.

Mesure des inégalités sociales de santé

Grâce à diverses études menées en Europe, nous pouvons essayer de quantifier ce phénomène.

Inégalité et mortalité

Le discours consolateur nous faisant croire à l'égalité face à la mort est faux. Les statistiques britanniques sont éclairantes à ce sujet. Elles ventilent la population adulte en catégories sociologiquement homogènes quant au revenu, au standard de vie, à l'instruction et au niveau professionnel.

La catégorie sociale la plus "haute" est composée des directeurs d'entreprises, des professions libérales et des administrateurs du plus haut niveau. La catégorie sociale la plus "basse" est celle des ouvriers non-qualifiés.

Si on compare le taux de mortalité de la classe la plus basse à celui de la classe la plus haute, on obtient ce qu'on appelle le risque relatif. Il traduit la surmortalité dont est victime la classe sociale la plus basse par rapport à la plus haute, les effets de structure d'âge ayant été enlevés.

Voici l'évolution constatée du risque relatif:

Période	Risque relatif
1949 - 53	1,4
1959 - 63	1,9
1970 - 72	1,8
1979 - 83	2,5

Cette évolution sur près de 40 années traduit un affaiblissement de la position relative des "plus faibles" socialement par rapport aux "plus forts". Pour la période la plus récente, la mortalité de la classe la plus faible est 2,5 fois plus importante que celle de la classe la plus favorisée (ce qui veut dire que les ouvriers non-qualifiés ont 2,5 fois plus de 'chance' de mourir que les directeurs d'entreprises).

Pourtant, les gains d'espérance de vie sont bien présents et pour tout le monde. A peu près sur la même période, ces gains étaient les suivants:

Période	Espérance de vie à l'âge de 20 ans
1950	49,5
1975	51,2
1979 - 81	52,3

Que s'est-il passé? L'augmentation de l'espérance de vie a surtout profité aux classes sociales supérieures. La mortalité des autres classes a également

diminué mais dans une plus faible proportion, d'où un accroissement de l'écart relatif entre les catégories extrêmes.

Les statistiques françaises révèlent des écarts considérables, en terme d'espérance de vie, selon la profession exercée. Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'écart d'espérance de vie, à l'âge de 35 ans, entre professeurs et manoeuvres est de près de 9 ans.

Profession	Espérance de vie à 35 ans
Instituteurs	41,2
Cadres supérieurs, professions libérales	39,7
Employés (service public)	36,9
Ouvriers spécialisés	34,3
Manoeuvres	32,4

Il est à noter que ce phénomène d'inégalité face à la mort s'accroît pour certaines catégories sociales à risque, davantage fragilisées. Par exemple les chômeurs. Le fait d'être inactif est un facteur de risque supplémentaire: un manoeuvre au chômage court deux fois plus de risque de mourir qu'un manoeuvre actif. La durée du chômage accroît, de la même façon, le risque de mortalité.

Tout ce qu'on vient de voir sur la mortalité concernait la mortalité toutes causes confondues. Mais les inégalités sociales de santé se vérifient également pour la plupart des causes de décès.

Les statistiques françaises montrent ainsi que la mortalité prématurée est 10 fois plus élevée dans le groupe des ouvriers-employés que dans celui des cadres et professions libérales pour les décès dus à l'alcoolisme, les cancers des voies aérodigestives supérieures; 4 fois plus élevée pour le cancer du poumon; 3 fois plus élevée pour les maladies cérébro-vasculaires et hypertensives, les accidents de circulation, les suicides.

De plus, ces écarts ont tendance à s'accroître sur la dernière décennie.

Tout cela malgré l'évolution divergente des causes de décès. En effet certaines causes régressent (les accidents de circulation, les maladies cérébro-vasculaires, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, l'al-

coolisme et la cirrhose du foie), d'autres progressent (cancer du poumon, suicides).

Enfin, cette surmortalité des couches sociales les plus basses se marque dès la naissance. Sur fond de progrès considérables en matière d'hygiène, des soins apportés aux enfants en bas âge, on ne peut que constater la persistance de la différenciation sociale quant à la mortalité infantile.

L'inégalité sociale face à la mort commence dès la naissance. La hiérarchie sociale, face à la mortalité infantile, est identique à celle qui se dessine autour de la mortalité des adultes: ce sont les catégories sociales défavorisées qui courent davantage de risques de voir mourir leurs enfants dans les premiers temps de leur existence.

Inégalité et morbidité

Tout ce qui a été dit pour la mortalité est également valable quand on examine l'état de santé différencié des catégories sociales face à la maladie.

Que l'on recoure à des indicateurs de morbidité générale ou par cause, que la morbidité soit objectivée médicalement (par un médecin qui pose un diagnostic) ou ressentie et exprimée à l'occasion d'une enquête de santé, les inégalités sociales face à la maladie sont bien une réalité.

Elles traduisent un état de santé qui se dégrade au fur et à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale. Les traits saillants en sont les suivants: - il n'y a pas d'égalité face à la maladie;

plus on descend le long de la hiérarchie sociale, plus le risque de maladie augmente. Par exemple, grâce aux enquêtes nationales de santé menées régulièrement aux Pays-Bas, on sait que ceux qui n'ont suivi que des études primaires expriment jusqu'à 62 % de plus de plaintes de santé que les universitaires;

- cette différenciation sociale se répète pour la plupart des causes de morbidité et ce malgré l'évolution divergente des pathologies observées;

- certaines maladies sont davantage révélatrices de ces inégalités. Par exemple, en France, la morbidité due au diabète est 2,15 fois plus élevée chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres.

Généralisation et conclusion

Ce qui apparaît, lorsqu'on confronte les indicateurs de santé et les divers groupes sociaux issus de la stratification sociale, c'est que ces indicateurs deviennent tous défavorables aux groupes sociaux les plus précarisés, les plus faibles.

Cette tendance, qui traduit une dégradation de l'état de santé lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale, est persistante, malgré les progrès continus en médecine et en santé publique.

Un sociologue français, Pierre Aïach, tente une généralisation face à ces phénomènes. Tout semble se passer

comme si, à chaque fois qu'un facteur aggravant au point de vue de la santé se manifeste (une maladie, une cause de décès qui progressent...), l'effet provoqué était plus fort pour les catégories moins favorisées.

De la même façon, un phénomène favorable à la santé (une cause de décès qui régresse, le progrès technique) paraît plus marqué chez ceux qui bénéficient d'une situation au départ plus favorable.

Hervé Avalosse, Département "Recherche & Développement", Alliance nationale des mutualités chrétiennes

Sources

MARMOT M.G., "Social class and mortality - trends and explanations", in: *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 66, 1988, pp315-320

DESPLANQUES G. (1984), "La mortalité des adultes - résultat de deux études longitudinales (période 1955-1980)", *Les collections de l'I.N.S.E.E., série D, n°102*

DESPLANQUES G., MIZRAHI A., MIZRAHI A., "Mortalité et morbidité par catégories sociales", in: *Solidarité Santé*, n°4, oct-nov 1996, pp 75-85

MASUY-STROOBANT G., "Inégalités sociales et mortalité infantile: un problème d'accessibilité aux services de santé?", in: *Reflets et Perspectives de la vie économique*, tome 31, mai-juin 1992

AÏACH P. "Nature et spécificité des inégalités sociales de santé", in: *Santé Publique*, 1991, n°2, pp 28-30

fait une réalité bien plus complexe que la notion de participation.

Le concept d'empowerment aide à mieux comprendre à quel niveau joue le mécanisme de participation sur le bien-être d'un individu ou d'un groupe, qu'il soit socio-économiquement défavorisé ou non. C'est l'accroissement du niveau de contrôle d'un individu ou d'un groupe sur son environnement et sur les événements qui le concerne qui contribue au mécanisme d'empowerment.

Données sociographiques

Un premier élément de rupture apparaît ici par rapport à d'autres méthodes. Il ne s'agit pas de travailler avec des moyennes statistiques, mais avec des groupes concrets et cela, à partir de données statistiques.

La méthode part des grands nombres (à partir des listings de population) et permet de fractionner la population pour retrouver les groupes qui la composent.

Ce fractionnement se fait avec des paramètres classiques (classes d'âge, statut socio-professionnel, sexe, nationalité, etc.). Cependant, certains paramètres peuvent être rajoutés ou supprimés selon l'évolution du travail.

Je rappelle que la recherche des groupes sociaux concrets se rapporte directement à l'hypothèse que chacun de ces groupes vit, parle, réagit d'une façon particulière et que la découverte de la subculture de ces groupes particuliers constitue un élément fondamental de connaissance dans le processus de recherche.

La sociographie, appelée ici sociographie "en croisillons", va être un outil pratique qui déterminera des groupes réels possibles à rencontrer sur le terrain.

Données géographiques

Il s'agit ici de situer le lieu et cela à partir de cartes et de plans. Les cartes servent également à repérer un certain nombre d'infrastructures, d'équipements collectifs, de lieux, et obtenir ainsi une vue dynamique du quartier. Ces lieux sont très divers; cela peut être l'école, le café, les espaces de jeux, des institutions, les magasins, etc.

Il faut également étudier les circuits, les territoires qui correspondent aux groupes, les moyens par lesquels les gens se rendent dans ces différents endroits. Toute l'information sera posée sur la carte et donnera une géographie vivante.

"C'est une méthode qui permettra de retomber sur le concret: de mesurer les contraintes, de délimiter ce qui est possible et ce qui ne l'est pas, et à partir de là, d'ouvrir aux habitants une possibilité plus grande de maîtrise de leur espace et de leur créativité. Car ce sont là quelques-unes des conditions essen-

tielles pour que le tissu social se retisse et qu'on y gagne en bien-être et en sentiment de sécurité" (Journée de formation du GRAP, 12/1991).

Données historiques

La connaissance de l'histoire du quartier et de la population est utile pour comprendre certains problèmes qui se posent aujourd'hui. Cette recherche des faits se déroule à rebours à partir de questions actuelles. C'est une façon de cerner les causes et les développements de certaines difficultés et blocages.

"... éclairer la trajectoire de façon à mieux comprendre "comment on en est arrivé là", voilà notre démarche. Et son but: par son éclairage, favoriser la correction de la trajectoire, rassembler un maximum de fils (ici en particulier des fils historiques) pour construire le tissu social du quartier" (Gassel, Omeiri, Licata, 1990).

Cette monographie sert de base à la recherche-action puisque c'est à partir des données recueillies que les chercheurs iront à la rencontre des groupes et des personnes sur le terrain.

Deuxième étape: l'écoute des témoins

C'est une découverte du quartier par des personnes qui en ont une connaissance particulière pour plusieurs raisons.

Ce sont les témoins privilégiés qui, par leur travail ou leur activité donnent une vision du quartier. Ce sont également les habitants actuels ou même d'anciens habitants qui peuvent transmettre l'image qu'ils ont du quartier et ici en l'occurrence les enfants.

Ces étapes donnent une image plus précise des groupes qui composent le quartier. De plus, l'accès aux groupes déjà organisés est plus aisé. C'est dans ces groupes que le chercheur s'insère dans un premier temps. C'est alors le moment de l'observation participante, où l'on tente de capter toutes les informations utiles pour préciser les pratiques de ces groupes. Le terme "participante" signifie que le chercheur, dans la mesure du possible s'insère et s'implique dans le groupe pour l'écoute et la discussion.

Troisième étape: le traitement des données

A ce stade du travail, les documents et les témoignages sont traités par l'analyse de contenu qui permet de repérer des thèmes et ce que les gens en disent. On obtient alors ce qui est commun, différent ou opposé. C'est ce qu'on appelle le discours collectif, avec les conclusions à tirer.

Ce discours est ensuite structuré sous forme de compte-rendu par exemple et cela peut être la base d'un questionnaire pouvant contrôler la justesse (ou non) de l'information.

Quatrième étape: l'animation-reflet

Les trois étapes précédentes donnent une première image du groupe. Ce qui a été analysé et perçu est alors ramené dans le groupe avec comme objectifs de:

1. contrôler la justesse de l'observation;
2. rendre au groupe son image. Les réactions du groupe sont le point de départ d'une dynamique. De plus, le moyen de communication au groupe est important et il faut imaginer un support adéquat (brochure, théâtre, discours, vidéo... par exemple);
3. permettre la création de projets sociaux.

Cinquième étape: la navette

L'animation-reflet est un moment décisif, un "levier" qui va permettre des échanges entre le groupe et les chercheurs. L'aller-retour des échanges entre le groupe et les chercheurs se met en route et donne de nouvelles informations. Des projets sociaux sont pointés et parmi ceux-ci émergent ceux qui pourront se réaliser facilement. C'est déjà la sixième étape.

Sixième étape: la micro-action

Qu'entend-on par des projets sociaux qui pourront se réaliser "facilement"?

Trois critères sont soulignés:

- 1) un projet qui met en oeuvre des "outils culturels" que le groupe maîtrise;
- 2) un projet qui ne soulève pas trop de problèmes matériels;

Empowerment: illusion ou réalité?

Eclairage

sur un concept en vogue

Vous avez certainement déjà tous entendu ce genre de remarques: "Le plus dur à mes yeux, c'est de motiver les gens à venir", ou bien "Mais comment est-ce qu'on peut arriver à les faire participer, j'ai déjà tout essayé", ou encore "C'est à se demander si ces usagers veulent bien être autonomes!"

C'est le genre de propos que l'on entend régulièrement non seulement de la part des relais de terrain, mais aussi

de la part des promoteurs d'activités de santé communautaire. Les professionnels de la santé travaillant avec les populations défavorisées n'y échappent pas. Tous souhaitent la participation des citoyens.

Mais qu'est-ce au juste que cette participation?

Vous l'aurez deviné, j'ai glissé derrière le mot empowerment la notion de participation. C'est un raccourci plus explicite et plus compréhensible de prime abord car le terme empowerment, non traduisible, recouvre en

Reconstruire le tissu social

Populations stigmatisées, populations défavorisées, ou populations habitant dans des quartiers stigmatisés et défavorisés ?

C'est en tant qu'intervenant chercheur en éducation pour la santé que je vais évoquer dans ce texte une expérience réalisée dans le cadre de mon mémoire au RESO.

Pour situer le contexte, il y a dans le Borinage une cité, un quartier dit "à problèmes", semblable à d'autres quartiers dits "à problèmes" et dans lequel s'est développée de 1990 à 1993 une intervention qui venait après de nombreuses autres interventions sociales, culturelles ou de santé. Cette cité cumulait les difficultés habituellement énumérées, à savoir: insécurité, vandalisme, toxicomanie, violence..., chacun peut continuer la liste. Je me suis donc intégré dans une démarche de recherche-action initiée par plusieurs partenaires (du milieu associatif et des services publics). Cette recherche-action avait pour finalité de reconstruire le tissu social du quartier, mais aussi de le réinsérer dans l'environnement plus large, de renouer des liens entre lui et le réseau social qui l'entoure: réseau de la santé, qui est pour chacun le soubassement de tout, de l'emploi, de l'enseignement et de la formation, de la vie sociale et politique. En résumé, il s'agira d'en faire un quartier sain et vivant.

Ma contribution serait d'élargir le processus à un groupe de 13 enfants âgés de 6 à 12 ans. Les groupes des "adultes" et des "jeunes" étant déjà concernés par le processus, mon travail pourrait se combiner avec celui des autres chercheurs.

L'hypothèse de ce travail était qu'avant d'introduire un projet en éducation pour la santé dans un quartier, il était indispensable de passer par une méthode de recueil des connaissances de la culture d'un groupe et que la méthodologie de la recherche participative est un outil de travail intéressant pour ce recueil.

Quelques points de repères en ce qui concerne la méthode mise au point et finalisée par M. Ita Gassel à travers le GRAP (groupe recherche-action participative):

1. Par rapport aux courants de recherche-action fondés sur la sociologie ou la psychologie, la recherche-action participative trouve son origine dans l'ethnologie. Elle est issue de l'ethnologie et cela essentiellement dans ses méthodes d'observation pour découvrir et analyser la culture d'un groupe social. La méthode utilise "l'écoute non directive et l'observation participante pour essayer de comprendre une société déterminée, se posant des questions au fil du temps, en émettant des hypothèses et en entrant dans la découverte de la culture" (Interview d'I. Gassel - 22.04.91)

2. Chaque groupe possède une culture particulière et cette "subculture" est déterminante des actes et des comportements par rapport à une situation donnée. Un des fondements de la méthode est donc de découvrir ces cultures particulières propres à chaque groupe et de rechercher les "outils culturels" que les groupes se sont forgés pour vivre.

3. Un autre élément fondamental est le projet. "Il n'y a pas de groupe humain sans projet" (Interview d'I. Gassel - 22.04.91). Le projet est ici entendu comme un "outil culturel" dont les gens ont parfois peu conscience.

Dans de nombreux domaines de la vie quotidienne, on ne tient pas toujours compte des projets sociaux des populations. Les processus décisionnels de plus en plus complexes laissent de moins en moins de place aux projets sociaux des gens et ceux-ci sont "enrobés" par des projets techniques conçus ailleurs.

Un des buts de la recherche-action participative est donc de partir des projets sociaux de la population dans la prise de décision et dans la réalisation de ce qui la concerne.

Rappelons que la culture est ici l'outillage dont dispose un groupe humain pour voir son environnement, le comprendre et agir sur lui.

4. L'hypothèse générale de la recherche-action participative devient

que "cet outillage, même s'il n'est pas dans un état parfait, peut permettre au groupe de gagner en autonomie, en maîtrise sur sa vie et de participer activement à partir de là, à la vie de la collectivité plus large à laquelle il appartient" (Interview d'I. Gassel - 22.04.91).

La recherche-action participative permet ainsi de travailler un projet avec les gens en le découvrant avec eux. Travailler ce projet, c'est le construire à partir du vécu des personnes et cela avec les oppositions ou les contradictions inhérentes à tout projet humain.

5. Pour conclure les caractéristiques de la recherche-action participative, deux auteurs sont déterminants dans l'élaboration de la méthode.

Le premier de ces auteurs est Malinowski. Celui qui est considéré comme un des fondateurs de l'anthropologie avec la théorie scientifique de la culture a notamment établi un concept d'intégration culturelle comme "la façon dont les éléments constitutifs d'une culture se combinent et s'engrènent les uns aux autres".

Le second auteur est Freire avec sa pratique de recherche-action dans les pays en voie de développement et dans une approche communautaire.

C'est cette méthode de travail que je vais employer avec un groupe d'enfants de 6 à 12 ans qui habitent la cité et qui fréquentent une association du quartier. Il y a 6 étapes qui seront décrites de façon linéaire mais qui en pratique ne le sont pas toujours. Je vais essayer dans chacune de ces étapes de souligner ce qui semble le plus important.

Première étape: la monographie

Il s'agit d'obtenir une première image: l'état des lieux d'un quartier, par exemple. La monographie doit pouvoir répondre à trois questions:

- Qui habite le quartier?
- Sur quel sol?
- Dans le cours de quelle histoire?

La monographie apportera des données sociographiques, géographiques et historiques

Comme le définit Rappaport, l'empowerment est ce processus ou mécanisme par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les événements qui les concernent.

Il y a empowerment et empowerment

L'empowerment psychologique concerne la personne ou le groupe en tant que tel. Il permet d'expliquer comment l'accroissement d'un sentiment de contrôle plus grand sur sa propre vie peut mener à une participation plus fréquente dans les prises de décision qui le concerne. Selon les auteurs l'empowerment est un processus ou un résultat. Je me tiendrai ici à la présentation du processus. On y trouve les étapes suivantes:

Sentiment d'impuissance

- Environnement social négatif
- Etre isolé socialement
- Avoir des choix limités; subir

Prise de conscience

- Analyser les enjeux d'une implication personnelle au sein d'un groupe, d'une communauté
- Etablir des liens entre les problèmes sociaux et le vécu individuel

Apprentissage de nouveaux rôles

- S'exprimer; accroître ses compétences
- Améliorer son aptitude à la participation
- Entrer en contact avec les participants et les intervenants
- Multiplier ses choix, ses occasions de rencontre
- Evaluer sa capacité d'influence

Engagement social

- Développer des stratégies de ressources pour jouer un rôle social et politique plus important
- Se joindre à des groupes
- Participer à la prise de décision
- Posséder un niveau de conscience aigu

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

source première du développement des compétences et par là, du contrôle perçu. C'est une prise de conscience personnelle, centrée sur soi et sur son rapport aux autres. On la retrouve dans tous les secteurs de la vie quotidienne.

L'étude de l'empowerment ne fait pas encore l'objet d'approches quantifiées suffisantes. Mais plusieurs auteurs à l'heure actuelle cherchent à mesurer les différentes étapes et à définir les différents critères qui déterminent le degré d'empowerment qu'a pu atteindre un individu ou une communauté.

L'empowerment communautaire, que je ne développerai pas dans cet article, se rapporte au niveau structurel et organisationnel de la société. Il est lié à la notion de recherche du bien commun. Les individus, les groupes et les organisations d'une même localité apprennent à se répartir les zones de contrôle qui les concernent. Cette démarche implique la définition d'objectifs communs, la recherche de coalitions et une prise de décision collective.

Les ateliers cuisine

Pour donner un exemple concret, nous pouvons retrouver ces différents axes dans le programme sur lequel nous travaillons en partenariat avec l'asbl Service Education Santé et plusieurs CPAS (Centres Publics d'Aide Sociale) de Wallonie: les "Ateliers cuisine - rencontre santé".

Au sein de ces ateliers, les participants apprennent à faire des liens entre alimentation et santé, à développer une hygiène en cuisine, à acquérir des techniques culinaires, à équilibrer un budget, à comprendre le processus de la digestion, mais aussi à prendre la parole en groupe, à parler d'eux-mêmes, à planifier leur semaine, à faire attention à leur apparence, à régler des problèmes administratifs, à comprendre les mécanismes de la distribution alimentaire, à prendre conscience de leur situation.

Cette démarche contribue d'un point de vue sanitaire à une amélioration de l'équilibre alimentaire et à l'accroissement d'un sentiment de bien-être.

Elle favorise dans ce sens une augmentation du niveau de contrôle des individus sur leur propre vie, elle contribue ainsi à un empowerment psychologique. Ces ateliers sont d'autant plus pertinents aux yeux des organismes publics qu'ils permettent dans un second temps d'envisager la réinsertion socio-professionnelle de manière globale.

Parallèlement, les intervenants sociaux, animateurs de ces ateliers, ont pour mission d'inscrire cette activité dans la localité où ils se trouvent, et de faire en sorte que d'autres associations, du secteur marchand ou non, travaillent avec les mêmes individus et les mêmes objectifs. Tous ces partenaires pourraient alors se revendiquer comme contribuant à un empowerment communautaire. De notre expérience, deux CPAS y parviennent progressivement.

Le secteur de la promotion de la santé en Communauté française découvre cette notion d'empowerment, même si, pour certains, ce terme ne fait qu'aborder de manière nouvelle des propos déjà entendus.

Limites de l'éducation sanitaire classique

Je souhaiterais à présent attirer votre attention sur quelques incompréhensions liées à l'utilisation de ce concept.

De nombreux programmes en éducation pour la santé, dans sa tradition la plus classique, basent leur effort sur la transmission d'informations et visent le changement des comportements des individus. Si nous essayons de situer ces interventions dans les étapes du processus d'empowerment, nous observons que cela peut contribuer en effet à une prise de conscience, mais que cela ne conduit pas obligatoirement à un apprentissage de nouveaux rôles. Pour y arriver, il est important de permettre aux individus de se positionner dans un autre rapport à leur environnement, de leur permettre d'agir sur leur contexte.

Il est intéressant par exemple de chercher à transmettre plus de connaissances aux parents et à leurs enfants hospitalisés sur le traitement à suivre. Pour développer un réel empower-

ment, toutefois, il serait mieux de leur donner également l'occasion de choisir un autre mode opératoire, une autre technique de soin. Ne serait-il pas navrant que ce souci de faire participer les patients n'ait pour seul but que de garder les gens moins longtemps dans la structure de l'hôpital?

Parallèlement, il est certainement judicieux d'expliquer à des ouvriers les tenants et aboutissants de la sécurité au travail, de les informer sur les postures à adopter pour prévenir les lombalgies, mais il est encore plus pertinent de leur permettre de participer aux prises de décision qui orientent leur environnement de travail. L'empowerment peut-il se justifier dans le seul but d'améliorer les performances ou d'augmenter la rentabilité?

La référence aux modèles d'empowerment devrait ainsi permettre aux différents intervenants de la promotion de la santé, de l'éducation du patient ou des gestionnaires d'entreprises, de dépasser la transmission d'information ou la modification comportementale pour ouvrir aux acteurs de leurs actions des espaces offrant l'opportunité d'exercer un avis sur les modifications envisagées.

Xavier Lechien, Chercheur à l'APES-ESP de l'ULG

Bibliographie

1. RAPPAPORT J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 1987; 15(5): 121-144.
2. FREIRE P. Pédagogie des opprimés. Petite collection Maspero. Paris. 1977.
3. KIEFER C.H. Citizen empowerment: a developmental perspective in *Prevention in Human Services*. 3 (2-3) 1984: 9-36.
4. LORD J. Des vies en transition: le processus d'habilitation personnelle. Programme de participation des personnes handicapées. Hull. Publication du secrétariat d'Etat du Canada. 1991.
5. LE BOSSE Y. LAVALLEE M. HERRERA M. Le vécu d'empowerment en milieu communautaire: analyse des relations entre le contrôle perçu et différents indicateurs potentiels de l'empowerment personnel. In: *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*. n°31. 1996: 62-90.
6. RISSEL C., Empowerment: the holy grail of health promotion?, *Health Promotion International*, Vol. 9, No 1, Oxford University Press, 1994: 39-47.

7. GREENWOOD GOWEN S., How the reorganisation of work destroys everyday knowledge, in *Basic Education and Work*, Alpha 96, Culture Concepts Publishers, Toronto, Canada, 1996: 11-32.
8. RODWELL C.M., An analysis of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 23(2):305-13, 1996 February.
9. FLYNN B.C. RAY D.W. RIDER M.S., Empowering communities: action research through healthy cities. *Health Education Quarterly*. 21(3):395-405, 1994 Fall.
10. ISRAEL B.A. CHECKOWAY B. SCHULZ A. ZIMMERMAN M., Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly*. 21(2):149-70, 1994 Summer.
11. WALLERSTEIN N., Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 1992: 197-205.
12. WALLERSTEIN N. and BERNSTEIN E., Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15, 1988, 379-394.

Partenariat et collaborations: discours et réalités

Quels liens entre l'université et les populations défavorisées?

C'est une erreur d'impression qui explique que ce titre ait été donné à ma communication, sur l'affiche annonçant notre journée d'études. Erreur bienvenue puisqu'elle me permet de dire que c'est un beau sujet et que les chercheurs en général, et ceux dont les travaux portent sur la pauvreté, l'exclusion en particulier, ne se posent sûrement pas assez de questions sur la pertinence et les usages faits (ou non) de leurs recherches, les liens entre connaissance et action, le statut de leurs savoirs et celui des savoirs des acteurs de terrain ou des savoirs des "pauvres", etc.

Je profite encore de cette erreur pour dire que les chercheurs ne soumettent que trop rarement leurs analyses au terrain. Non pas qu'ils soient indifférents ou méprisants mais parce que cette confrontation qui devrait faire partie intégrante du travail de recherche n'est presque jamais prévue dans les conventions de recherche qui se négocient toujours à l'économie (de temps et d'argent): non programmée, elle n'est jamais payée. C'est donc du "temps perdu". C'est aussi du "temps risqué": risque pour les commanditaires que soient diffusées des analyses qui ne correspondent pas à leurs attentes, d'être embarqués dans des débats dont ils n'ont pas la maîtrise.

Risque en conséquence pour le chercheur de déplaire aux commanditaires, et de se retrouver au chômage.

Risque aussi pour le chercheur de voir ses analyses contestées par le terrain.

Il y a un type de conclusions des recherches qui ne risquent pas de déplaire, qui semblent d'ailleurs relever de l'évidence, du simple bon sens: les recommandations raisonnées en faveur des partenariats ne dérangent plus guère. Depuis plusieurs années, la nécessité des partenariats est affirmée par tous, en particulier dans les secteurs sociaux et médicaux. Au hit-parade des formules à la mode, partenariat cohabite notamment avec coordination et réseau... Il s'agit d'articuler



PHOTO: ZAFAR

Lorsqu'un problème de communication est constaté, il est de la responsabilité professionnelle de l'intervenant médico-social de rétablir cette communication.

- Pour ce faire, il aura à déterminer successivement différents points.
- qu'est-ce qui est incompris de part et d'autre ? (attitude, comportement, explication, etc.)
- l'incompréhension est-elle liée à la personnalité individuelle (de l'intervenant ou de son interlocuteur) ou à une différence socio-culturelle entre eux?
- lorsqu'une différence socio-culturelle est constatée, quelle en est l'origine?
- lorsque l'origine de la différence culturelle est connue, quels sont les éléments concrets qui permettent de comprendre les dysfonctionnements de la communication?

Une communication adaptée

La personne peu scolarisée et l'intervenant médico-social utilisent des modes d'expression qui leur sont propres, sur le plan verbal et non ver-

bal, ces modes d'expressions sont parfois radicalement opposés. Pour s'exprimer, une personne peu scolarisée communiquera principalement sur le mode qu'elle contrôle mieux, le non verbal (mimiques, position du corps, gestes). Certains regards en disent long. De même, pour interpréter le message de l'intervenant médico-social, elle sera tentée de décoder ses attitudes, ses mimiques. Il est parfois fait peu de cas de ce qui est exprimé verbalement.

L'éducateur à la santé, quant à lui, a tendance à communiquer exclusivement sur le mode verbal. Il est parfois très peu conscient de son langage non verbal. Le vocabulaire spécifique auquel il recourt peut, en outre, augmenter la distance linguistique qui le sépare de son public, tant au niveau syntaxique qu'au niveau lexicologique. Un problème d'ordre psychosomatique est souvent expliqué comme suit "Ce n'est pas grave, ce sont les nerfs". Certaines personnes peuvent en être bouleversées: "On ne peut plus rien pour moi, je suis foutu. C'est pour la vie."

Un choix du comportement justifié

Dans le public, les réticences à un changement comportemental ou à l'application d'un acte préventif sont des réactions fréquentes, d'autant plus que le niveau de scolarité est bas.

Mieux comprendre ces réticences peut contribuer à améliorer la prévention. Ce n'est qu'en communiquant que l'intervenant médico-social pourra repérer les représentations qui sont sources de problèmes de communication et parfois de problèmes de santé. Cela lui permettra de proposer des modifications de comportement les plus pertinentes, qui tout en ayant une implication positive sur la santé seront socio-culturellement acceptables pour le public-cible. Toutes modifications de comportement utiles pour la santé, mais inacceptables pour soi, ne seront jamais prises en compte.

Nicole Tinant,
Formatrice à l'asbl Cultures et Santé

Education pour la santé et différences socio-culturelles

"Communication", "Education pour la santé" et "Cultures", trois concepts, trois réalités étroitement liés et dont l'influence réciproque n'est pas à négliger. L'interdépendance existant entre ces trois concepts est d'autant plus élevée que l'on s'adresse à un public défavorisé. Concevoir un programme d'éducation pour la santé sans être particulièrement attentif à la relation existant entre ces trois éléments risque de rendre notre action inopérante.

Le terme "défavorisé" peut recouvrir des définitions forts différentes. Certains tiendront plus particulièrement compte de l'état de pauvreté, ou du statut professionnel (chômeur ou non), ou de l'appartenance à un groupe ethnique, ou de l'âge, ou de la dépendance à une drogue, ou de la privation de liberté, ou encore de bien d'autres critères. Définir le groupe d'appartenance exact d'un public défavorisé nous est indispensable pour déterminer les caractéristiques propres à ce groupe. L'utilité de l'énergie visant à classer ces définitions par ordre d'importance est, elle, nettement plus discutable.

Le concept de "culture" peut également prêter à interprétation. Il peut être défini comme un ensemble de savoir-faire et de savoir-être collectifs. Ceux-ci s'expriment entre autres par des manières d'agir, des valeurs, des normes, des sensibilités ainsi que des manières de communiquer. Des représentations sociales, croyances ou autres considérations en sont issues. Celles-ci semblent évidentes aux personnes du groupe sans que ces représentations ne reposent sur un raisonnement scientifique, au contraire de ce que l'on pourrait appeler les "connaissances". Cette opposition de concept (croyances ou connaissances) n'implique aucun jugement de valeur. L'un comme l'autre peut, dans le temps, être confirmé ou infirmé par la recherche scientifique. Par contre, ce qui diffère fondamentalement, c'est la manière dont nous les aborderons.

Lorsque nous observons des particularités de savoir-faire ou de savoir-être dans un groupe spécifique, il est

utile d'en connaître l'origine culturelle pour mieux les comprendre. Plusieurs axes se présentent: niveau de scolarisation, contexte socio-économique, degré d'urbanisation, aspects religieux, origine ethnico-géographique, etc.

Notre expérience nous mène à poser l'hypothèse suivante: parmi l'ensemble des caractéristiques socio-culturelles, la différence de niveau de scolarité est un des freins majeurs à une bonne communication dans le cadre d'un programme d'éducation pour la santé.

Pour atteindre un public peu scolarisé, la mise en place d'une relation interpersonnelle interactive semble être le moyen le plus efficace que possède l'éducateur pour la santé. Diverses expériences d'animation de groupe en santé nous (re)confortent régulièrement dans cette opinion.

Nous avons observé que non seulement la dimension culturelle avait une grande incidence sur la communication mais aussi sur le choix même du contenu des messages.

Pour qu'un programme d'éducation pour la santé soit opérationnel dans un tel contexte, il est indispensable d'être attentif aux questions suivantes:

- l'éducateur à la santé a-t-il établi une relation de confiance avec son public?
- son mode de communication est-il adapté à ce public?
- le choix des comportements ou des actes préventifs à valoriser se justifie-t-il au regard des caractéristiques spécifiques du public-cible?

Une relation de confiance

En effet, le degré d'acceptation d'un message est fonction entre autres de la qualité de la relation que nous établissons avec notre public. Lorsque ce message "santé" vise la remise en question d'un comportement, sa pertinence dépendra également de la crédibilité du message enregistré par le public-cible. Avec un public peu scolarisé, nous sommes confrontés à différents éléments qui peuvent perturber la qualité de la communication et de la relation.

Un manque de connaissances élémentaires concernant le fonctionnement du corps complique souvent la communication. Une personne peu scolarisée est rarement familiarisée avec les notions de problème, voire même celles de causalité. L'école transmet en effet l'idée que tout peut faire l'objet d'une interrogation critique et devenir objet de connaissance rationnelle. Dans ce contexte, les intervenants médico-sociaux ont tendance spontanément à donner de longues explications à ceux qui sont plus scolarisés.

Avec les personnes moins scolarisées, ils auront tendance à donner moins d'explications et moins facilement. Perçues plus ignorantes, moins réceptives aux explications, ces personnes seront plus facilement négligées, souvent inconsciemment par les intervenants médico-sociaux. Elles seront parfois même considérées comme étant enfermées dans leurs préjugés et donc incapables de comprendre certaines explications. La composition sanguine et le mécanisme du sang sont souvent inconnus d'un public peu scolarisé. Certaines personnes sont persuadées que le médecin voit toutes les maladies dans le sang "Regardez si tout va bien docteur". Rares sont celles qui savent que l'on ne trouve que ce que l'on y cherche. Lorsqu'une personne ne formule pas certaines angoisses explicitement, des problèmes de communication ne peuvent que surgir.

Lorsque certaines résistances sont perçues, l'intervenant médico-social aura tendance à donner des directives sans commentaire voire même des menaces de sanctions au niveau de la santé si l'on ne tient pas compte de ses conseils. "Si vous ne donnez pas ces vitamines à votre enfant, il aura les jambes fragiles". Ce type de réaction de la part du professionnel aura pour conséquence de jeter le discrédit sur toutes ses interventions ultérieures. "C'est faux! Ma soeur n'en a pas donné à ses enfants et ils ont de bonnes jambes". En effet, la prévention se base entre autres sur les notions de probabilité et de statistique, ce qui nécessite un niveau de scolarité élevé.

la politique de santé avec les autres politiques sociales, le préventif avec le curatif, de coordonner l'hôpital avec l'extra-hospitalier, les professionnels avec les bénévoles, les services publics avec les associations, les associations entre elles, les services publics entre eux, etc.

Qui pourrait prôner le contraire?

Et pourtant ces discours se transforment peu en pratiques, de façon telle que les déclarations d'intention semblent de plus en plus relever du rituel vertueux.

Surréalisme à la belge

Les milieux défavorisés ne sont bien sûr pas les seuls concernés par cette problématique, mais le gâchis est plus grand pour eux parce que, pour l'essentiel, leur santé ne peut être améliorée sans initiatives extérieures au système de soins, à la médecine. Parce que viser uniquement les comportements jugés mauvais pour la santé sans éliminer les éléments qui créent la vulnérabilité, sans diminuer les inégalités, est non seulement vain mais de surcroît contre-productif parce que producteur de culpabilité et de honte. Et que l'on sait aujourd'hui à quel point l'estime de soi est un déterminant important de l'état de santé.

Les milieux défavorisés ne sont pas les seuls concernés mais ils sont particulièrement concernés parce que c'est au nom de leurs difficultés présumées, au nom de la lutte contre l'exclusion que de multiples dispositifs sont adoptés à différents niveaux de pouvoirs, mis en oeuvre par de nombreux services sociaux et associations.

Dans leur première annonce, les organisateurs de cette journée posaient la question de savoir: **quels partenariats et collaborations sont nécessaires à une "santé pour tous"?**

Répondre à cette question nous entraîne à la fois dans les champs politique et institutionnel, du côté des cultures et des pratiques professionnelles, sur le terrain et dans les structures administratives et institutionnelles. Sans oublier le monde scientifique.

Nous savons que la Belgique est un pays surréaliste: faut-il rappeler ici sa complexité institutionnelle extrême, avec, s'ajoutant à la classique dichotomie préventif/curatif, ses niveaux de pouvoir qui enchevêtrent, séparent ou mettent en concurrence les compétences et les financements? A Bruxelles, les travailleurs des secteurs socio-sanitaires sont confrontés à 7 niveaux de pouvoir, sans compter l'Europe.

La construction qui en résulte doit plus aux rapports de force, aux résultats de négociations de conflits philosophiques et communautaires - pacifiques, il est vrai - qu'à des logiques de santé publique.

Elle renforce la tendance "spontanée" à opérer des économies à un échelon de responsabilités sans évaluation des coûts globaux de ces transferts de charge.

C'est notamment ce type d'évaluation qui pourrait freiner les "fausses économies": le partenariat devrait porter ici sur la production de connaissances et permettre de croiser les savoirs de disciplines séparées - les économistes et les chimistes, les sociologues et les médecins, etc. - et les expertises d'institutions séparées - du CPAS au fédéral en passant par les régions et communautés, et cela pour mettre à plat les besoins, les manques, les ressources, et tracer des objectifs communs. C'est une des tâches que certains Observatoires de la santé se sont assignées.

Plus prosaïquement, il faudrait, pour une "santé pour tous", que sur le terrain, tous les acteurs concernés par une population, un quartier puissent se connaître et se concerter pour collaborer.

Cela semble d'une banalité effrayante... La mise en oeuvre du projet est pourtant bien difficile. J'en ai fait l'expérience dans le cadre d'une recherche-action dans un quartier populaire de Bruxelles qui visait notamment à construire un partenariat entre services de santé préventifs (ONE et IMS) et à améliorer la communication entre ces services et la population du quartier concerné.

De la théorie à la réalité: l'épreuve de la réalité

L'épreuve de la réalité fut rude. Je vous en livre, brossées à grands traits (et donc sans nuances) quelques leçons retenues de cette recherche-action.

Retour sur les charmes institutionnels de la Belgique

Les consultations de l'ONE ont été historiquement implantées au hasard des concurrences entre piliers, de multiples acteurs y nouent des relations complexes.

Les travailleurs médico-sociaux (TMS) et les médecins y sont payés, très mal, par l'ONE (Communauté française).

Les locaux et les frais de fonctionnement sont eux payés par le Pouvoir organisateur (le plus souvent, une association féminine liée à un des piliers) qui recrute les bénévoles (les dames du Comité), les forme plus ou moins, suscite ou non des initiatives autour et alentour de la consultation (de la psychomotricité, des coins lectures), décide d'accepter ou non la présence de traductrices...

Les médecins ne sont pas autorisés à y soigner les enfants, à la grande incompréhension des parents.

Les pouvoirs communaux peuvent ne pas connaître l'existence de cette consultation ou ne pas vouloir la connaître parce que le pouvoir organisateur est lié au pilier "adverse" (raisonnement tenu y compris quand 90% des enfants ont des parents musulmans). Ces pouvoirs communaux peuvent donc tout ignorer des problématiques de santé vécues dans le quartier, d'autant que l'ONE qui pourrait jouer les relais institutionnels, ne prend pas en compte l'expertise de ses TMS et n'apprécie pas toujours les initiatives qui sortent des traditions. Cela ne veut évidemment pas dire qu'au "cas par cas", les TMS ne contactent pas les services de la commune ou du CPAS pour essayer de trouver un logement salubre, obtenir une aide médicale, ou du lait en poudre. Mais on reste là dans des dé-

marches individuelles, dans des collaborations ponctuelles pour résoudre des cas individuels.

Un travail de santé publique remarquable

Tout cela n'empêche pas les consultations de nourrissons, dispositifs socio-sanitaires préventifs, gratuits, de jouer un rôle considérable: la consultation du quartier étudié compte plus de 1.300 enfants inscrits. Leur couverture vaccinale est exemplaire: la vaccination RRO atteint 95,1% pour 68,1 à Bruxelles et 73,2% en Communauté française.

Le poids de la crise

Les TMS mises sous pression par les problèmes de pauvreté qui débordent leur domaine de compétence demandent des moyens supplémentaires pour pouvoir remplir correctement leurs missions "normales", faire les visites à domicile, etc. "Maintenant nous devons nous concentrer sur les situations les plus difficiles, quand je passe simplement prendre des nouvelles d'une famille, je suis accueillie par un "il y a un problème?" raconte une TMS.

Les projets nouveaux, tels celui d'un partenariat avec l'Inspection médicale scolaire, qui les séduisent en principe, sont mal reçus en pratique parce qu'ils ne sont pas accompagnés de mesures qui leur donnent du temps. Et comme du côté de la médecine scolaire, la crise a les mêmes effets, le ton n'y est pas plus au déploiement impétueux d'initiatives nouvelles et de partenariats.

Un sentiment général d'impuissance

Les petits déjeuners malins ne pèsent pas lourds face aux "crasses" vendues à l'entrée de l'école "parce qu'il faut bien trouver de l'argent pour financer des activités scolaires que les parents ne peuvent assumer", et les recommandations aux parents et aux enfants sur l'importance d'avoir des logements sains ne peuvent que faire rire ou pleurer au vu de l'état des bâtiments scolaires eux-mêmes, des conditions dans lesquelles les repas sont pris, etc.



Sans parler du malaise des professionnels qui connaissent les conditions de vie et de logement concrètes des habitants: "à sept dans deux pièces, avec un unique évier, serions-nous capables, nous, de respecter nos bons conseils?" ou encore "sans un espace vert, sans un terrain de sport, comment voulez-vous que les parents aèrent leurs enfants, leur proposent des activités extérieures saines?"

Des professionnels désenchantés

Pour compléter le tableau, il faudrait que je vous présente tous les autres partenaires impliqués dans une démarche qui se voulait communautaire: les écoles, les associations et les services sociaux du quartier.

Ajouter des partenaires, c'est découvrir des gens souvent passionnants mais c'est aussi ajouter des problèmes: les projets sont élaborés dans l'enthousiasme, des mosaïques de subsides sont obtenues pour un an, des démarches entreprises pour trouver et former des bénévoles, des invitations sont lancées, du matériel est rassemblé pour constituer ici une bibliothèque, là une ludothèque, des rapports d'activités sont rédigés et, au bout d'un an ou deux ou trois, tout s'arrête quand les subsides sont supprimés ou réduits parce que les priorités politiques ont évolué ou les majorités politiques ont changé. L'ambition

de coordonner et de créer une culture commune aux différents intervenants est d'autant plus difficile à soutenir qu'il y a rotation du personnel, que les liens sont toujours à renouer, la mémoire en perpétuelle reconstruction. L'absence de financement stable impose des bricolages incessants eux-mêmes dévoreurs de temps et d'énergie. Dans un contexte de réduction des subsides, les associations sont en outre sur la défensive et poussées à la concurrence plutôt qu'à la coopération, chacun ayant intérêt à marquer sa spécificité plutôt que les complémentarités. Tout cela ne contribue pas au développement de logiques partenariales...

Des habitants qui rêvent d'un ailleurs

Quant aux habitants que tous les promoteurs de la santé (qui ne logent pas dans le quartier) veulent entendre, responsabiliser, mobiliser, associer, ils rêvent eux d'aller habiter ailleurs...

Si le tableau dressé est noir, cela ne veut pas dire que rien d'utile ne se fait en matière d'éducation à la santé, mais plutôt qu'il existe une disproportion effrayante entre les efforts entrepris et les résultats. Une disproportion trop rarement évaluée et que je vous remercie de m'avoir donné l'occasion d'évoquer.

Anne Herscovici,
Centre de Sociologie de la Santé -ULB

munies, défavorisées, désavantagées, nous mettons toujours l'accent sur leurs manques, sur leurs faiblesses et jamais sur leurs ressources personnelles. Est-ce vraiment le meilleur moyen de renforcer l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes?

Les auteurs constatent aussi qu'il vaudrait mieux blâmer la société que les personnes. Les actions de communication ne devraient pas s'intéresser qu'aux responsabilités des individus. Les campagnes sur la ceinture de sécurité conseillent aux automobilistes de "la boucler". Elles pourraient peut-être encourager les constructeurs à produire des véhicules moins dangereux. Les campagnes contre le cancer se focalisent sur la façon dont les personnes choisissent de manger. Elles pourraient s'adresser davantage aux industries agro-alimentaires.

Troisième alternative: au lieu de délivrer une information, ne pourrions-nous pas la construire avec les destinataires? Si l'on délivre une information, celle-ci apparaît comme une vérité, valable quelles que soient les personnes et les circonstances. Si on construit l'information à partir d'un dialogue avec son interlocuteur, celle-ci est alors profondément adaptée, attachée à ceux qui l'ont produite.

Ces alternatives débouchent sur des recommandations concernant les campagnes de communication dans le champ de la santé. Je vais seulement vous en citer brièvement quelques unes: concevoir les campagnes à partir d'entretiens approfondis avec les personnes auxquelles elles sont destinées, associer le public à la diffusion de l'information, prolonger les campagnes par des lignes téléphoniques ou des services qui permettront à la population de dialoguer avec des personnes compétentes sur le sujet de la campagne, etc.

Un effet de loupe

Je pense qu'au CFES, l'instauration d'un dialogue entre les professionnels de la communication et les éducateurs pour la santé de proximité a déjà permis de mettre en œuvre certaines de ces recommandations. Un pas qualitatif a donc été franchi alors

même que nous n'avons pas encore réfléchi collectivement à la meilleure manière de prendre en compte les besoins des populations défavorisées. En voulant seulement rendre plus cohérentes entre elles les actions nationales et les actions de proximité, nous avons vraisemblablement déjà commencé à réduire le fossé qui nous sépare des populations défavorisées.

Je trouve intéressant que nos réflexions se soient d'abord focalisées sur nos pratiques plutôt que sur les publics démunis. C'est un sujet que nous avons souvent évoqué au sein du groupe qui a préparé ces deux journées. Nous disions que les personnes en grande précarité produisaient un effet de loupe: les difficultés que nous rencontrons avec elles, quand on veut faire de la prévention, ne sont pas de nature différente de celles que nous rencontrons avec d'autres publics. Elles sont seulement plus accentuées. Je crois que les compétences et les méthodes dont nous avons besoin pour travailler avec elles dans le domaine de l'éducation pour la santé sont les mêmes que celles dont nous avons besoin pour travailler avec n'importe quel public.

Simplement, quand nous ne disposons pas de ces compétences et de ces méthodes, les difficultés que nous rencontrons sont d'autant plus grandes que le public auquel nous nous adressons est plus éloigné de nous. Il me paraît difficile, voire dangereux, de considérer les choses autrement:

- difficile parce qu'on a de toute façon bien du mal à définir cette population, à la circonscrire;

- dangereux parce que dire que l'éducation pour la santé auprès de ces populations nécessite des compétences et des méthodes spécifiques, différentes de celles qu'on utilise pour le reste de la population, est une forme de stigmatisation. Cela renvoie à l'idée de citoyen de seconde zone. Si nous ne savons pas accompagner certains publics dans une démarche éducative, donnons-nous les moyens d'acquiescer les compétences nécessaires. Ne disons pas trop vite que ces publics sont impossibles à atteindre et qu'il faut inventer pour eux des tech-

niques particulières. Comme le disait Luc Berghmans, si l'on reconnaît des responsabilités éducatives au médecin généraliste, il faut qu'il se donne les moyens de les exercer de manière non discriminée.

Pour conclure je voudrais vous faire part d'une remarque formulée par un de mes collègues, Fabien Tuleu, quand je préparais cette intervention. Il fait partie de ces professionnels récemment recrutés au CFES et qui viennent du terrain. Il m'a dit à peu près ceci: "S'il nous a paru tellement important de mieux articuler les campagnes nationales aux actions de proximité, c'est parce qu'en travaillant quotidiennement avec la population dans les quartiers, dans les zones d'éducation prioritaires, dans les missions locales qui accueillent les jeunes en difficulté d'insertion, nous étions constamment confrontés au décalage entre les beaux discours sur la santé et la réalité de la vie. Ce sont donc ces personnes, que l'on dit défavorisées, qui nous ont, d'une certaine manière, questionnés, interpellés, et qui nous ont finalement poussés à améliorer nos pratiques, à mieux faire notre travail éducatif. Et c'est l'ensemble de la population riche ou pauvre, française ou étrangère, qui bénéficiera de ce progrès qualitatif."

Tout cela n'est qu'un début bien sûr. Nous avons beaucoup de progrès à faire. Les campagnes médiatiques coûtent très cher. Il est de notre responsabilité de ne pas gaspiller l'argent public, surtout quand on prétend s'intéresser aux personnes démunies. Dans notre programme de travail, il est prévu en 1999 de consacrer une partie du budget à une enquête auprès de ces personnes pour qu'elles nous disent elles-mêmes ce qu'elles pensent de tout cela. Ce sera je crois, très enrichissant pour nous. On en parlera...

Dr Brigitte Sandrin Berthon

Référence: Freimuth V. S., Mettger W. *Is There a Hard-To-Reach Audience?* American Journal of Public Health, vol. 105: n° 3: p. 232-238, 1990.

Le malaise que j'ai ressenti est né de la brutale confrontation de ces deux logiques: la logique publicitaire et la logique éducative. La première repose sur l'idée qu'on peut modifier les comportements dans le domaine de la santé de la même manière que dans le domaine de la consommation. Pour inciter les téléspectateurs à renoncer au tabac, on utilise les mêmes méthodes que pour les inciter à acheter des cigarettes. On a recours à la séduction, à la familiarité, au rêve, à la dérision. On parle de public-cible, de stratégie de communication, d'impact, de fléchage. La logique éducative, quant à elle, préfère susciter l'interrogation, prendre en compte la pluralité des déterminants de santé et la complexité des comportements. Elle se réfère à des valeurs qui sont bien éloignées de celles du commerce et de la société de consommation: la dignité du sujet, le respect des différences, la solidarité.

Les professionnels des comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé reprochaient souvent aux campagnes du CFES d'être en décalage avec leurs pratiques. Le CFES reprochait souvent aux comités départementaux et régionaux de ne pas se faire le relais des campagnes nationales. Je pense que deux éléments ont contribué, ces dernières années, à faire quelques brèches dans ce mur d'incompréhension réciproque. Plusieurs éducateurs pour la santé de terrain ont été recrutés au CFES. Cette institution est donc devenue un lieu permanent de confrontation des deux logiques et le dialogue a pu progressivement s'établir. Par ailleurs, l'équipe du service communication a été profondément remaniée. Certaines des personnes qui en font partie maintenant travaillaient auparavant sur le thème du sida et connaissaient donc bien les associations de patients et les professionnels militants particulièrement actifs dans ce domaine. D'autres avaient une expérience de la communication associative, notamment au sein du Secours populaire. Tous avaient, depuis longtemps, compris l'intérêt d'une articulation entre les campagnes nationales et les actions de proximité.

La situation a donc beaucoup évolué en quelques années. Un séminaire sur la communication a réuni l'an dernier des professionnels de santé publique, des agences de communication, des éducateurs pour la santé de terrain. Un ouvrage paraîtra bientôt pour rendre compte de ce qu'ils se sont dit. Un groupe de travail a été créé entre les différents partenaires pour mieux articuler les campagnes nationales aux actions locales. Le service communication envoie chaque semaine à tous les comités des informations sur ses activités. Il reste encore beaucoup de choses à faire. Toutes les divergences ne sont pas aplanies, loin de là. Mais il me semble que le ton des campagnes a changé et qu'il est sans doute mieux adapté aux actions de proximité.

Communiquer avec les populations défavorisées

Une tâche impossible?

En 1990, dans le Journal américain de santé publique, est paru un article (1) intitulé "Y a-t-il un public difficile à atteindre?" Les auteurs ont étudié les raisons pour lesquelles certains groupes sont considérés comme difficiles à atteindre par les campagnes de communication: par exemple les personnes socio-économiquement défavorisées ou bien les personnes d'origine étrangère ou bien les personnes illettrées. Ils avancent l'hypothèse que ce sont les regards, les appréciations que nous portons sur ces personnes, et les modes de communication que nous utilisons, qui les rendent inatteignables et non pas leurs caractéristiques propres. En faisant une revue de la littérature, ils ont ainsi mis en évidence que ces publics sont communément victimes de quatre préjugés de la part des professionnels de la communication en santé.

- À leur sujet, on parle souvent de fatalisme. On dit que ces personnes sont habitées d'un sentiment permanent d'impuissance qui les amène à penser que: "De toute façon, la maladie on n'y peut rien."

- Deuxième préjugé: le manque de compétences pour traiter l'informa-

tion. Différents auteurs affirment que même si ces populations sont au contact de l'information, elles ne savent pas en tirer profit. Elles auraient notamment des difficultés d'abstraction.

- Troisième hypothèse fréquemment évoquée dans la littérature: ces personnes seraient difficiles à atteindre du fait de leur accès limité aux canaux de communication. Elles utiliseraient des sources d'information peu fiables (beaucoup la télévision, jamais la presse écrite). Elles auraient peu de contact avec l'extérieur et s'enfermeraient dans un véritable ghetto d'information.

- Enfin, il existerait une méfiance de leur part vis-à-vis des institutions. Ces personnes n'utiliseraient pas les ressources mises à leur disposition par crainte que l'on veuille exercer un contrôle sur elles.

Les auteurs de l'article pensent que ces préjugés creusent un fossé infranchissable entre les professionnels et les populations défavorisées, étrangères ou illettrées. Que les publics que l'on dit difficiles à atteindre le sont surtout à cause du regard que les professionnels portent sur eux.

Des atouts à exploiter

Mais dans leur recherche bibliographique, ils ont aussi découvert d'autres modes de représentations qui sont à l'origine de pratiques différentes et qui démontrent que ces populations ne sont pas si inatteignables qu'on le dit. Ils présentent ainsi des alternatives.

Et si, pour commencer, nous mettions l'accent sur les différences plutôt que sur les déficits; si nous privilégions l'idée que les difficultés que nous rencontrons avec ces personnes ne sont pas liées à leur manque de compétences ou d'aptitudes mais plutôt à des différences entre elles et nous (différences de culture, de niveau de ressources, de fonction sociale, d'origine ethnique, de manière d'apprendre...). Si les gens, quels qu'ils soient, sont motivés pour acquérir une information et si cette information est adaptée à leur mode de vie, alors ils savent l'utiliser. En parlant de personnes dé-

Santé et précarité

"Si tu veux bâtir un navire, ne rassemble pas les hommes pour aller chercher du bois, distribuer les rôles et partager le travail, apprends-leur plutôt le goût du large."

Saint-Exupéry

Analyse des symptômes et des processus: lecture contributive à la pertinence de l'éducation pour la santé dans l'objectivation d'un lien entre santé et précarité: conséquences pratiques

A l'exception "de la misère physiologique", classiquement décrite dans la nosographie médicale chez les patients les plus démunis fréquentant surtout les hospices du siècle passé (et maintenant les couloirs des urgences), il n'est pas si facilement admis qu'il existe un lien entre précarité sociale et vulnérabilité aux processus morbides.

En France, il a effectivement fallu attendre le rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1994 pour légitimer la précarité comme un déterminant de santé. En médecine hospitalière, dans le modèle biomédical et dans le cadre de la classification internationale des maladies (CIM9), il est difficile d'identifier les problèmes de santé liés à des déterminants sociaux. Pour expliquer ces problématiques, différents éléments sont proposés à partir d'une étude prospective longitudinale réalisée parmi 300 patients en "précarité" hospitalisés.

Imprécision de la "catégorisation" diagnostique de ces patients

Comme le montrent les tableaux 1 et 2 de cette étude de 299 patients, la description des maladies et symptômes par catégories majeures de diagnostics, est peu contributive, en raison de la multiplicité des diagnostics, de leur imprécision et de l'absence de conséquences pratiques en termes de prise en charge médico-sociale.

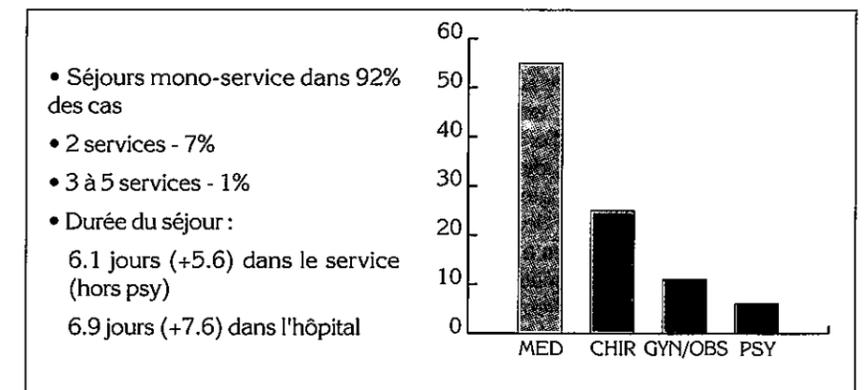


Tableau 1

CMD :	Fréquence :
Psychiatrie/TS	26%
Digestif	9%
Génito-urinaire	8%
Signes et symptômes	7%
Grossesse	3%
Traumatologie	7%
Pneumologie	6%
Tumeurs	7%
autre CMD	27%

Tableau 2

La catégorie majeure de diagnostic (CMD) la plus fréquente figure à la rubrique "autres", la seconde CMD, par la fréquence, est représentée par les diagnostics psychiatriques, pathologies mentales et tentatives de suicide

	Population précarisée	Echantillon aléatoire
	<ul style="list-style-type: none"> • 299 patients • Age moyen : 40,9 ± 12,2 • DMS : 6,9 ± 7,6 	<ul style="list-style-type: none"> • 300 patients • Age moyen : 40,3 ± 13,8 • DMS : 4,97 ± 7,85
Déterminant "lourds"	28%	19%
• Alcool	(21%)	
• Tabac	(7%)	
Maladies chroniques (asthme, endocrino, cirrhose)	22%	21%
Pathologies mentales (TS, dépressions)	15%	10%
Cancérologie	12%	11%
Traumatologie	13%	11%
Symptômes mal définis	13%	9%

Tableau 3

(TS) qui, aux dires des psychiatres, représentent plutôt des pathologies du "mal-être" que des maladies psychiatriques bien précises.

Enfin, il n'y a pas de différence de fréquence de ces CMD avec un échantillon aléatoire de personnes non précarisées.

Déterminants de santé, symptômes et pathologies des patients précarisés

Parmi le même groupe de 299 patients hospitalisés, un regroupement des pathologies et symptômes en fonction de déterminants de santé (alcool, tabac) fait apparaître des différences significatives avec un échantillon aléatoire de patients hospitalisés non précarisés.

En termes de durée moyenne de séjour, il existe aussi une différence significative pour les patients précarisés présentant des maladies chroniques.

Au total, de manière réductrice et non exclusive, contributives en termes d'éducation pour la santé ou d'organisation de l'offre de soins, il est identifié quatre groupes de pathologies et symptômes liés à la précarité: des pathologies du "mal-être"; des affections secondaires à une intoxication à l'alcool et/ou au tabac; des affections chroniques (et/ou cancérologiques); de la traumatologie.

Outils contributifs à une meilleure connaissance des patients en difficulté sociale

L'échelle perceptuelle de santé de Nottingham, validée en français (D. Buquet), a été administrée à ces 300 patients.

Les scores des six domaines explorés (énergie, douleur physique, réactions émotionnelles, isolement social, sommeil, mobilité physique) ont été comparés à ceux de patients insuffisants respiratoires, trachéotomisés et ventilés à domicile (scores élevés dans les différentes dimensions de l'échelle perceptuelle) et aux scores d'une cohorte de personnes saines, non hospitalisées, non précarisées (échantillon de 400 personnes).

Comme le tableau 4 le démontre, les scores les plus élevés se retrouvent, dans quasiment toutes les dimensions, chez les patients hospitalisés en précarité sociale.

Comparativement à une population d'insuffisants respiratoires chroniques non précarisés, présentant un handicap médical particulièrement lourd (trachéotomisés et ventilés), le groupe de patients précarisés présente pourtant une surmorbidity perçue dans pratiquement toutes les dimensions.

La précarité semble agir comme un facteur aggravant, multiplicateur, particulièrement en ce qui concerne la perception des réactions émotionnelles et la qualité de sommeil, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

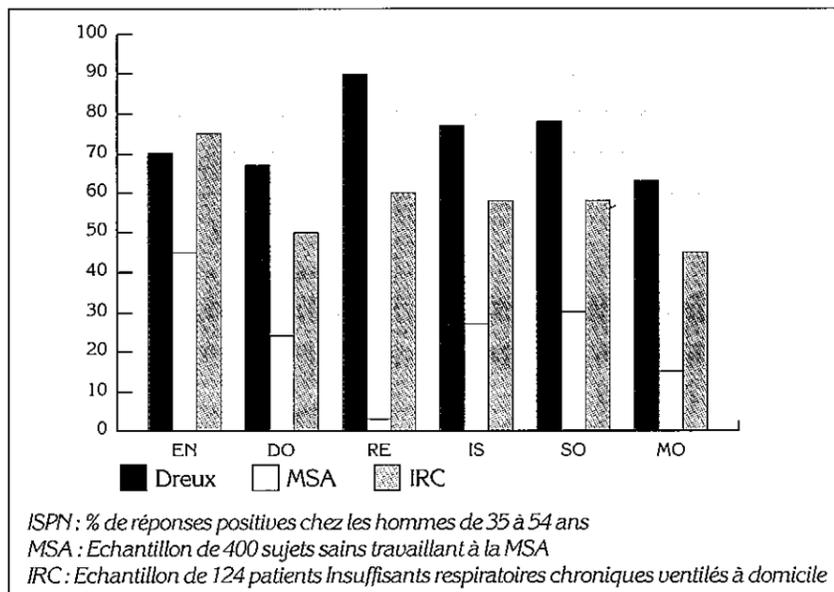


Tableau 4

Ce sont les patients présentant une pathologie du "mal-être" qui présentent les scores les plus élevés sur l'échelle perceptuelle.

En termes d'événements de vie, le tableau 5 témoigne du retentissement des différents événements de vie (décès, séparation, problèmes relationnels, avec la police, prison, procédures judiciaires, vols) sur la dimension émotionnelle de l'échelle perceptuelle. Bien que le questionnaire d'événements de vie proposé aux patients précarisés n'ait pas pu être administré à un groupe témoin, les résultats en sont particulièrement significatifs:

42% des personnes précarisées ont été victimes du vol d'un objet important dans l'année précédant l'étude,

36% ont subi le décès d'un proche dans l'année écoulée,

27% sont impliquées dans une procédure judiciaire,

12% ont fait l'objet d'une condamnation pénale,

8% ont eu des problèmes avec la police,

26% ont eu des problèmes relationnels avec l'administration et/ou leurs voisins.

Ces événements de vie permettent d'objectiver l'anfractuosité de leur trajectoire de vie et leur vulnérabilité dans leur environnement social.

Objectivation du lien social

Trois niveaux de lien social ont été repérés.

Niveau I: réseau familial, professionnel, de proximité

Niveau II: réseau familial, de proximité

Niveau III: aucun réseau social.

Liaison ISPNI et événement de vie						
	Emotions	Energie	Douleur	Mobilité	Sommeil	Isolé
Décès	***	NS	NS	NS	*	*
Séparé	*	NS	NS	NS	NS	***
Problèmes relationnels	****	NS	NS	NS	*	****
Prison	*	NS	NS	*	NS	*
Procédure judiciaire	*	NS	NS	NS	*	*
Vol	****	NS	NS	NS	NS	***

NS : Non significatif - * : p<0,05 - ** : p<0,01 - *** : p<0,001 - **** : p<0,0001

Tableau 5

Le Comité français d'éducation pour la santé et les milieux défavorisés: vers une approche intégrée

Une certaine vision du monde...

Quand j'ai commencé à travailler au Comité français d'éducation pour la santé (CFES), en 1993-94, la campagne médiatique sur l'alcool avait pour slogan: "Tu t'es vu quand t'as bu?". Le moins que l'on puisse dire est que je ne me sentais pas tout à fait en phase avec ce ton accusateur et culpabilisant. De nouveaux spots étaient alors en préparation avec ce même slogan et il se trouve qu'on m'a demandé mon avis sur les scénarios.

L'un d'entre eux prévoyait de montrer un jeune homme qui, après une soirée trop arrosée, se rendait compte au petit matin qu'il venait de passer la nuit avec un "boudin": c'était le terme particulièrement élégant choisi par le scénariste pour désigner la jeune fille. Une voix off concluait par cette phrase non moins élégante: "Tu t'es vu quand t'as bu" sous-entendu "Tu te rends compte avec quoi t'es capable de passer la nuit quand t'as trop bu, il est temps que tu te ressaisisses".

Allez savoir pourquoi, je me suis bêtement identifiée au boudin. Ce n'était pas prévu. Je me suis permis de dire aux auteurs du scénario que l'image qu'ils donnaient de la femme et de la relation amoureuse ne correspondaient pas tout à fait aux valeurs que je souhaitais promouvoir. Ils m'ont dit que j'avais sans doute raison, que cette histoire risquait de déplaire aux féministes: ils ont donc inversé le scénario. La version finale montre une jeune fille qui se réveille avec horreur aux côtés d'un boudin de sexe masculin... Je me suis alors sentie très incomprise.

À la même époque, la campagne sur le tabac avait pour slogan: "L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée". L'un des spots montrait un gardien de but complètement submergé par des ballons qui arrivaient en tous sens. L'image bougeait à toute vitesse. Nous avons bien sûr regardé ce spot en avant-première. Je n'ai rien com-

pris. Je l'ai dit. On m'a seulement répondu: "C'est pas grave, ça s'adresse aux jeunes, eux ils comprennent, c'est leur culture." Je me suis sentie exclue.

Juste un mot encore à propos de la campagne sur la vaccination 'rougeole oreillons rubéole'. Elle montre une jeune femme chic, propre sur elle, qui descend de voiture, une Renault Espace, avec son bébé. On la retrouve chez elle un peu plus tard, en fin de journée, vêtue d'un déshabillé soyeux, couchant son enfant, toujours fraîche, pimpante, impeccablement coiffée et maquillée, sans doute prête à accueillir son époux. Bref, l'image même d'une mère de famille nombreuse, après une dure journée de labeur et quelques heures de transpiration dans les transports en commun. Nous étions quelques-uns à regretter la présentation un peu idyllique de la réalité. Il nous fut répondu que les télé-spectateurs ont besoin de rêve, d'évasion et qu'on n'allait tout de même pas tourner un spot dans une HLM de banlieue.

Et les populations défavorisées? Comment étaient-elles prises en compte à l'époque au CFES? Un médecin épidémiologiste, Omar Brixi, avait été recruté pour faire l'évaluation du plan santé ville. Ce plan finançait des actions innovantes menées auprès des publics démunis, sur le thème de la santé. C'était donc lui qui s'occupait du dossier "populations défavorisées". Il travaillait en lien avec les services déconcentrés de l'État et avec les associations locales. Tous les autres projets concernant les publics réputés difficiles lui était attribués d'office: santé en milieu carcéral, petits déjeuners dans les écoles des quartiers pauvres... À l'époque on a eu beaucoup de mal à lui trouver un bureau pour travailler. Après avoir occupé différentes pièces de la maison, il s'est finalement retrouvé au deuxième étage, entre la salle de réunion et les services financiers, à l'écart des autres chargés de mission dont les bureaux étaient tous à l'étage supérieur.

Les temps changent

Qu'en est-il aujourd'hui? En ce qui concerne les campagnes, les slogans ont changé "Et vous, avec l'alcool vous en êtes où?", "La vie sans tabac, vous commencez quand?" Je note avec satisfaction que le tutoiement a laissé la place au vouvoiement, que la forme interrogative a remplacé la forme accusatrice ou péremptoire, trop pleine de certitude. Quant au dossier "populations défavorisées", il n'existe plus en tant que tel. Chacun se sent, plus ou moins, concerné. Le médecin épidémiologiste est devenu chef de service et son bureau est au troisième étage, au cœur de l'action.

Ce que je vous raconte là vous paraît peut-être bien anecdotique et sans grand rapport avec le thème de cette journée scientifique. Je vais donc m'efforcer maintenant de vous expliquer les liens que je fais entre ces différents événements.

D'où venait le malaise que j'ai ressenti en découvrant les spots publicitaires?

D'où vient le changement de ton des campagnes?

Quel rapport entre cette évolution et les populations défavorisées?

Depuis une vingtaine d'années, le CFES utilise la télévision et les techniques publicitaires pour communiquer sur la santé à une très grande échelle, c'est-à-dire en direction d'un public très nombreux.

Les professionnels de terrain, quant à eux, développent progressivement des méthodes, des outils pédagogiques d'éducation pour la santé pour travailler au plus près de la population, à l'échelle beaucoup plus modeste d'une école, d'un quartier, d'une entreprise, d'une prison.

Il y a encore peu de temps, les deux approches co-existaient mais s'ignoraient presque. Les professionnels de la communication en santé publique et les professionnels de l'éducation pour la santé n'avaient pas le sentiment de faire le même métier.

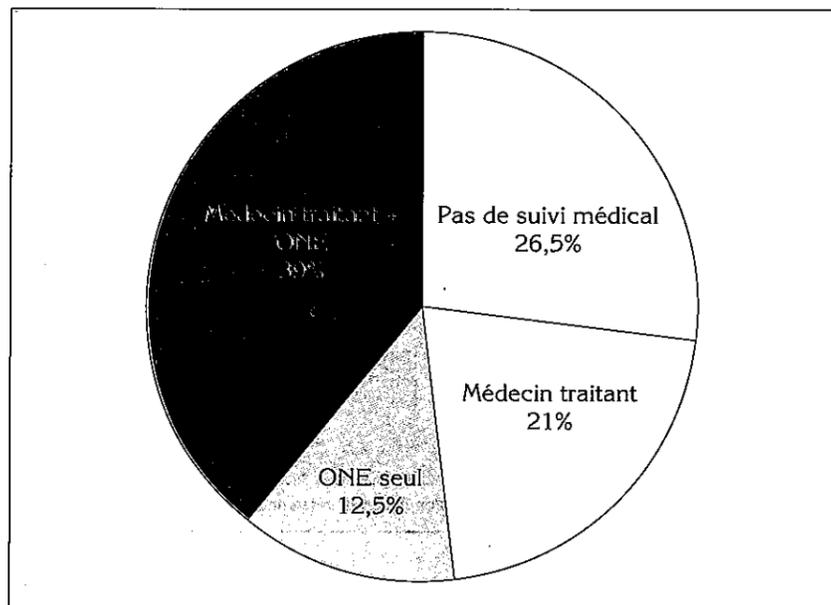


Tableau 4. Partenaires-santé des enfants

Il est interpellant de constater que plus d'un enfant sur quatre n'est pas suivi médicalement.

La population cible est effectivement vulnérable puisque, comparée à d'autres écoles de milieux plus favorisés, elle présente des difficultés plus importantes de santé mais aussi d'accès aux soins.

L'importance de notre examen de santé et du suivi à lui apporter s'en trouve renforcé.

Apprendre la santé à l'école

Un axe éducatif a été développé avec nos partenaires du milieu scolaire. Une dimension santé est intégrée dans l'environnement et l'apprentissage des enfants.

Un programme adapté, continu au cours de l'année et basé sur des pratiques pédagogiques actives, développe le thème du corps et des organes des sens, du sommeil, de l'alimentation.

Chaque thème est envisagé de manière à se rattacher au vécu de l'enfant. L'expression sous toutes ses formes est favorisée: dessins, saynètes, jeux de rôles...

Les parents, premiers responsables de l'éducation et de la santé de l'enfant, sont largement mêlés au processus.

Chaque mois, ils sont invités par leurs enfants afin de pouvoir apprécier par eux-mêmes l'évolution du projet santé.

Des chants, des danses, des jeux de rôles, des bricolages attestent de la créativité des enfants. Les mamans pleines de fierté contemplent les réalisations de leurs bambins.

Certains parents qui, jusqu'alors n'étaient jamais venus à l'école, sont présents. La santé devient alors moyen d'intégration.

Positiver la santé au travers du regard des enfants est certes une voie de mobilisation des familles.

Durant la deuxième partie de la matinée, les parents ont l'occasion de discuter avec le médecin de l'école. Une médiatrice est souvent présente.

Certaines questions très concrètes sont abordées:

- Quels sont les besoins des enfants, notamment en matière de sommeil et d'alimentation?
- Comment me mettre en ordre de mutuelle?
- Ai-je droit à une aide du CPAS?

Chacun expose ses ressources et contraintes en matière de santé. Les différences culturelles au niveau des représentations de la santé, de la scolarité, de l'éducation génèrent parfois des conflits.

Un abord collectif de ces diverses représentations apporte une connaissance fine des valeurs, perceptions et attentes de chacun.

Axe médico-social

Enfin, nous proposons diverses occasions de rencontres aux familles. Les parents ont l'occasion d'assister à la visite médicale. Des permanences médicales sont organisées à l'école après l'examen médical préventif. Et enfin des visites à domicile sont réalisées par des infirmières sociales.

Ces contacts individuels répétés permettent la création d'une relation de confiance et l'expression des difficultés que rencontrent certaines familles. Difficultés économiques, habitats insalubres, problèmes de rupture familiale, absence totale d'intégration dans la société.

Plus que jamais la santé doit alors être envisagée dans le contexte global de vie de la famille. Quelles sont les priorités?

C'est dans ces situations d'extrême vulnérabilité de certaines familles où se cumulent les difficultés, que l'intervenant prend conscience des indispensables partenariats à créer.

Partenariat entre le préventif et le curatif, entre le médical et le social...

S'il est vrai que ceux-ci sont difficiles à initier, à maintenir dans le temps - certains parlent de l'utopie de partenariats, en particulier dans notre contexte actuel d'institutions compétitives - ce travail intersectoriel nous semble pourtant une des ébauches de réponse à une autre utopie: la santé pour tous en l'an 2000.

L'évaluation réalisée par les différents partenaires ainsi que les demandes des écoles nous incitent à penser qu'il serait intéressant de poursuivre le projet. Son ancrage dans les écoles, dans les diverses communautés impliquées et dans le quartier constitue une assise solide à son évolution. Les motivations, les énergies et volontés de progresser sont cependant en attente des moyens demandés.

Dr. K. Levie, médecin coordonnateur du Centre de Santé UCL

	Age moyen	Score de dépression	Indice de santé perceptuelle			
			Energie	Emotions	Isolement	Sommeil
Niveau 1	39,4	5,2	47	38	27	35
Niveau 2	41,2	6,9	57	45	32	44
Niveau 3	4,4	8,7	62	61	53	52

Tableau 6

Ce sont les patients présentant une pathologie mentale qui ont le plus de difficultés à structurer un réseau relationnel.

Par ailleurs, le tableau 6 montre que les scores de l'échelle perceptuelle de santé sont d'autant plus élevés que le lien social est déficitaire.

Cette constatation démontre, une fois de plus, l'importance du support social dans la démarche d'accompagnement de ces personnes en précarité sociale.

Une évaluation des représentations de santé a été tentée avec la méthodologie décrite par Houtaud (Houtaud A.: Image de la santé. Presses Universitaires de Nancy 1994). Les représentations des 299 patients en précarité ont été comparées aux représentations de 11.000 consultations du Centre de Médecine Préventive de Santé de Nancy.

Il a été retrouvé dans le groupe de patients une représentation très fataliste de la maladie, puisque 52% ont estimé qu'ils ne pouvaient pas échapper au processus morbide (contre 25% dans la population de référence).

Ces quelques constatations n'ont pas pour but d'être un travail exhaustif d'épidémiologie analytique, il s'agit simplement de délimiter les contours d'une constellation de problématiques de santé qui, compte tenu de leur référence à un groupe social, peut être qualifiée de vernaculaire.

Le modèle biomédical habituel ne suffit pas pour objectiver les problématiques ainsi grossièrement repérées. Seul un modèle bio-psycho-so-

cial, permettant de prendre en compte ces personnes dans une démarche globale, peut être contributif.

En termes d'offre de soins, il est étonnant que 84% de ces patients précarisés, hospitalisés, puissent référer à un médecin généraliste clairement identifié, soulignant ainsi que les difficultés de l'accès aux soins ne résument pas les problématiques de santé liées à la précarité.

La contribution de l'éducation pour la santé

Les problèmes de santé liés à la précarité s'inscrivent dans une constellation de facteurs bio-psycho-sociaux qui se déclinent dans la durée du cheminement d'un processus morbide. Ainsi la première cause de mortalité des personnes en difficulté sociale qu'est le cancer bronchique, témoigne de l'évolution ultime d'un processus tabagique à l'égard duquel l'offre de soins hospitalière ou ambulatoire est démunie.

Appréhender la durée d'un processus morbide est particulièrement difficile dans le système bio-médical, l'ensemble des "plateaux" et des compétences techniques étant surtout conçus pour répondre à l'instantanéité de l'acte diagnostique ou thérapeutique.

Pour les patients en difficulté sociale, atteints de maladies chroniques, le processus d'exclusion se superpose aux processus morbides en en démultipliant les effets délétères (tableau 7).

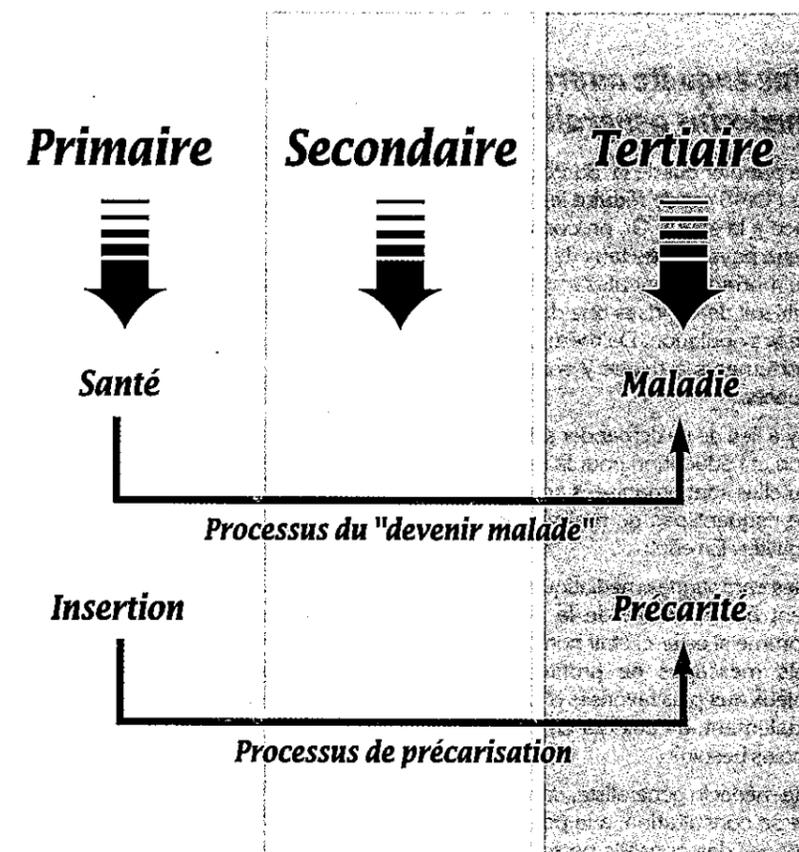


Tableau 7

La prise en compte du symptôme, de la multiplicité des déterminants de santé, de la durée des processus morbides, nécessite un cadre qui interface le médical et le social, le curatif et le préventif, l'individuel et le collectif.

Centrée sur l'acquisition de compétences, au moyen d'activités non prescriptives, l'éducation pour la santé est le domaine pertinent d'accompagnement de ces personnes en difficultés médico-sociales.

Le cadre d'intervention nous semble pouvoir être le réseau, qui est multi-professionnel, moins hiérarchisé, communiquant, interactif, permettant d'articuler curatif / préventif, médical / social, individuel / collectif.

Des problématiques communes nous semblent devoir être maîtrisées par les intervenants des réseaux en ce qui concerne:

les **représentations**: du corps, de la santé, de la maladie par les patients, par les médico-sociaux;

la **communication** avec les patients, avec les partenaires du réseau;

l'identification du **lien social**;

la gestion de la **durée** dans l'accompagnement.

Le déficit de lien social, le poids de trajectoires de vie douloureuses, la vulnérabilité socio-culturelle participent à la perte progressive de l'estime de soi, ne permettant plus une mobilisation des patients dans un projet de santé.

Une "reconstruction" identitaire, individuelle et/ou collective, le retissage du lien social, et la redécouverte du "goût du large", comme l'écrit Saint-Exupéry, sont sans doute des médiations nécessaires à mettre en œuvre

pour contribuer à la maîtrise d'un processus morbide.

F. Martin (1), L. Moret (2), P. Paris (3), I. Aujoulat (4), M.A. Michenot (5).

(1) P.H., Unité de Prévention et d'Éducation - Hôpital Victor Joussetin - F. 28100 Dreux.

(2) P.H., Département d'Information Médicale - Hôpital Victor Joussetin - F. 28100 Dreux.

(3) P.H., Centre Médico-psychologique - Hôpital Victor Joussetin - F. 28100 Dreux.

(4) Coordinatrice, Unité de Prévention et d'Éducation - Hôpital Victor Joussetin - F. 28100 Dreux.

(5) Responsable du réseau Santé/Précarité, Unité de Prévention et d'Éducation - Hôpital Victor Joussetin - F. 28100 Dreux.

Une monographie de l'étude citée et des références bibliographiques sont disponibles à l'Unité de Prévention et d'Éducation, Mme Perihan Colaklar - Centre Hospitalier de Dreux, 44 avenue Kennedy - BP69 - 28102 DREUX Tel/Fax : 02.37.51.54.59 E-Mail: UPE.chgDREUX@wanadoo.fr

Prévention, médecine générale et milieux défavorisés

Une enquête auprès de médecins généralistes

Le premier but de la 'Santé pour tous' de l'OMS est de réduire les inégalités face à la santé. Or, on constate dans notre pays que les taux de mortalité et de morbidité sont plus importants en milieux défavorisés que dans le reste de la population. De même, les comportements à risque y sont plus fréquents.

Il y a lieu de se demander si la prévention et l'éducation pour la santé telles qu'elles sont organisées actuellement ne risquent pas de renforcer ces inégalités. En effet:

- les campagnes médiatiques s'adressent à l'ensemble de la population comme si celle-ci était homogène. De tels messages ne profitent-ils pas mieux aux plus favorisés d'entre nous, finalement, à ceux qui en auraient le moins besoin?

- le médecin généraliste, dans le cadre de sa consultation, a la possibilité de donner des conseils personnalisés à ses patients. Cependant, le plus sou-

vent, il attend la demande de ceux-ci. Or, on sait que les milieux les plus favorisés demandent plus spontanément des conseils de prévention à leur médecin traitant que les milieux en difficulté;

- les centres de dépistage sont aussi plus fréquentés par la couche la plus favorisée de la population.

Vers une médecine à deux vitesses, vers une éducation pour la santé et une prévention à deux vitesses ?

On pourrait penser, comme le font sans doute les gens de milieux défavorisés, que la prévention n'est pas importante pour eux, vu le nombre de difficultés quotidiennes rencontrées (trouver un logement, un emploi, se nourrir, se chauffer,...). Mais, en ne se préoccupant pas de sa santé, ne diminue-t-on pas ses chances de trouver un emploi, et dès lors, se loger, se nourrir, se chauffer, avoir des loisirs ?

La base de la prévention est d'accorder de l'importance à l'avenir. Si, par

la prévention, on pouvait réintroduire une notion d'avenir positif au sein des populations en difficulté, sans doute ferions-nous déjà un grand pas en avant vers un mieux-être de ces populations.

Le médecin généraliste est un des acteurs ayant une place privilégiée en matière de prévention et d'éducation pour la santé dans la population en général, et dans les milieux défavorisés en particulier?

1 A un problème multifactoriel ne peuvent se présenter que des solutions multiples. La consultation de médecine générale est une des façons d'améliorer la prévention dans les milieux défavorisés, sans pour autant exclure les autres pistes de solution.

2 Nous sommes bien conscients que le médecin généraliste, dans le cadre de sa consultation, ne pourra pas toucher toute la population dite "défavorisée". En effet, une partie de celle-ci ne s'adresse quasiment pas au médecin généraliste (sans-abri, gitans, etc.). Cependant, plusieurs personnes défavorisées consultent un médecin traitant. Celles-ci pourraient dès lors bénéficier de plus de prévention via la consultation de médecine générale.

Promotion de la santé dans les écoles de quartiers défavorisés

Le milieu scolaire est-il un des lieux où les inégalités de santé peuvent être mieux comprises? L'école et ses intervenants psycho-médico-sociaux ont-ils un rôle à jouer dans le difficile défi de la santé pour tous? Comment créer et opérationnaliser des partenariats indispensables à une promotion globale de la santé? Malgré la réalité complexe et difficile que vivent certaines familles, est-il possible de les mobiliser dans des actions éducatives et de prises de décisions en matière de santé?

Au cours d'une recherche-action menée dans six établissements scolaires de Schaerbeek, nous avons élaboré un programme visant à répondre de manière plus adaptée aux besoins et demandes d'une population de quartiers défavorisés. Le programme trouve son origine dans la rencontre du questionnement de deux institutions par rapport à la santé et au mode de vie des enfants.

L'école cherche à promouvoir un environnement scolaire, des pratiques de santé favorables à une scolarité harmonieuse. Les équipes médicales remettent en question leurs méthodes de travail par rapport à ces populations.

L'obtention d'un suivi aux visites médicales est extrêmement laborieuse, voire impossible. Les pathologies dépistées ne sont pas traitées. Les enfants reviennent chaque année, leur état est stationnaire ou aggravé par le temps.

Le recueil de données

A partir de données épidémiologiques quantifiables et objectivables via la visite médicale et via le constat des enseignants, nous avons identifié correctement la situation problématique de départ et ses conséquences non seulement sur la santé des enfants, mais aussi les retombées pédagogiques et économiques.

L'axe de recueil des données vise en outre à connaître les caractéristiques sociales, culturelles, économiques des familles.

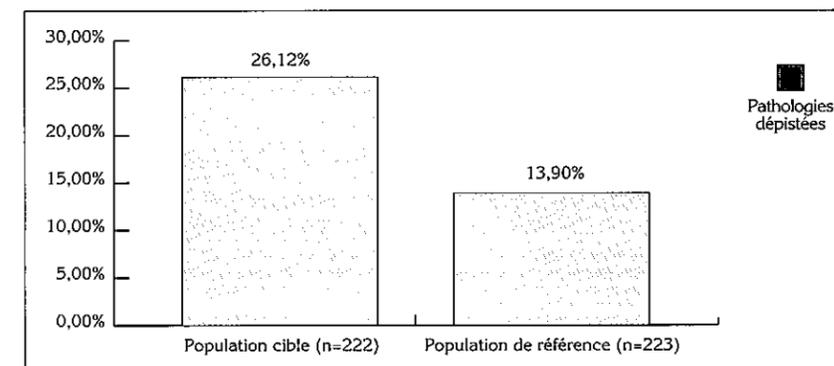


Tableau 1. Les données de la visite médicale

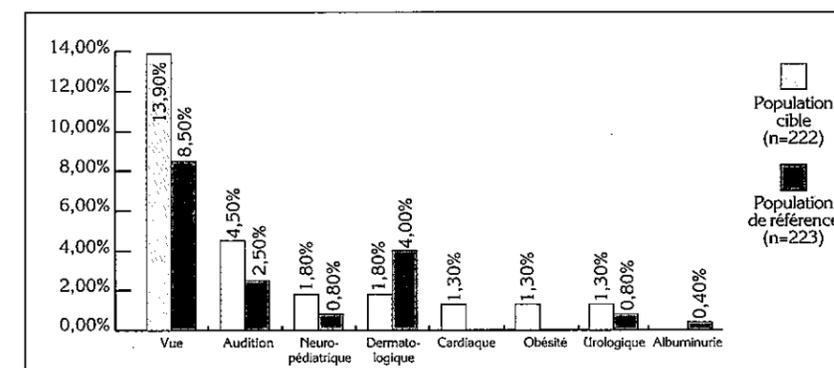


Tableau 2. Les données de la visite médicale - Répartition des pathologies

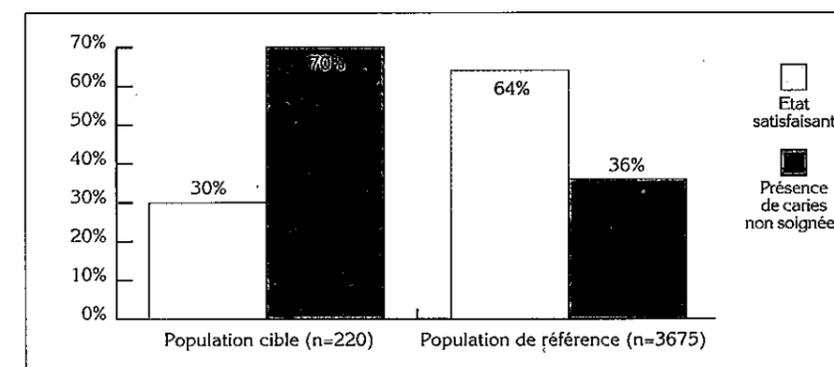


Tableau 3. Pathologie bucco-dentaire

Les données objectives de la visite médicale nous ont permis de comparer l'état de santé de 222 enfants de notre population à celui d'enfants d'écoles situées sur des communes plus favorisées. (Tableau 1 - Tableau 2)

Les anomalies les plus fréquemment dépistées sont sensorielles: problèmes de vue non suivis, hypoacousie... Ces

différentes pathologies non traitées ont à long terme des conséquences sur la santé et la scolarité des enfants.

Un autre point qui a particulièrement attiré notre attention est la différence très significative au niveau de la santé dentaire des enfants. (Tableau 3)

Nous avons, de plus, cherché à connaître les partenaires de la santé des enfants. (Tableau 4)

férence culturelle dans le refus des prises en charge ambulatoire.

Le patient allochtone peut utiliser consciemment ou inconsciemment ces différences linguistiques et culturelles pour justifier ses manquements et transgressions ou ses difficultés psychiques.

Etant donné que les références culturelles du soignant et du soigné sont différentes, il réside un risque de mal-entendu et d'incompréhension. Cela peut aboutir à des effets non voulus dans le processus thérapeutique.

Problèmes dans la prise en charge

Quand on adresse des patients aux psychologues ou psychiatres classiques, les thérapies ont peu de chances de pouvoir démarrer, dans la mesure où chacun attend de l'autre qu'il verbalise dans ses propres termes symboliques. Si la thérapie démarre quand même, le patient d'origine non occidentale finit généralement par fuir en raison des attentes différentes de l'un et de l'autre. Le matériel culturel proposé par les patients risque d'être reçu par les thérapeutes comme s'il était de nature psychologique.

Quand on est possédé par un Esprit, on n'est pas nécessairement psychotique, et quand on connaît des moments de transe, on n'est pas nécessairement hystérique. Ces problèmes se rencontrent, dans l'approche interdisciplinaire, de la façon suivante: un individu ou une famille qui viennent consulter le font à partir d'un état de mal-être social, physique et /ou psychologique. Mais ces demandeurs d'aide sont aussi des informateurs socio-culturels potentiels, les approches sociologiques, ethnologiques ou anthropologiques classiques mettent le demandeur d'aide dans la situation d'un professeur vis-à-vis du chercheur. Dans le contexte d'une thérapie, cette situation favorise et renforce les mécanismes de défense culturels du patient, le thérapeute n'écoute à ce moment qu'un discours culturel.

C'est ainsi que si on laisse aux demandeurs d'aide la possibilité de ne devenir que des informateurs culturels, ce rôle va les mettre dans une position haute par rapport au thérapeute au point qu'il deviendra très difficile en-

suite de changer le discours tant du consultant que du consultant.

Nous pouvons dire ici, que les approches ethno-sociologiques et psychothérapeutiques sont antinomiques. Ceci nous pousse à plusieurs réflexions. Doit-on connaître la culture de chacun de nos patients allochtones? Le soignant doit-il appartenir à l'ethnie culturelle du patient pour aider celui-ci? Le patient est un informateur culturel mais également un informateur psychologique et le thérapeute devrait arriver à dépasser le discours culturel afin de cerner la personnalité de l'individu. Il est très important également de fournir un sens à ce qu'apporte le patient. Ceci ne veut pas dire que nous devons nier la culture de celui-ci.

Phases de rejet

Lors d'un cas de "névrose traumatique", un accident mineur provoquant une invalidité chronique quasiment irrécupérable, nous sommes confrontés à une double problématique: la formation de troubles culturellement déterminés d'une part, et d'une diminution des possibilités fantasmatiques d'autre part. Ces patients se plaignent de maux psychosomatiques et leur souffrance physique est devenue la seule manière d'exprimer le fait d'être vivant. Les plaintes et l'inertie de ces patients provoquent généralement une étonnante agressivité chez les soignants qui ne la combattent souvent qu'avec difficulté, ce qui conduit ceux-ci à adopter, soit une attitude de rejet soit une attitude de maternage. Cette dernière est indiscutablement chronifante.

Nous apercevons encore un facteur susceptible de compliquer ou de faciliter, selon les cas, le travail thérapeutique.

Il s'agit de la dimension quelque peu magique d'une relation thérapeutique qui se manifeste notamment sous la forme du transfert et contre-transfert.

Application culturelle de la prévention

Il est bien sûr nécessaire de mettre sur pied des stratégies thérapeutiques lorsque nous travaillons avec des patients migrants. Mais il est également essentiel de réfléchir sur les stratégies ou les méthodes de prévention. Avant

de se mettre autour d'une table pour réfléchir sur la prévention, il serait utile de faire des recherches en vue d'identifier et d'analyser les réels besoins et demandes de la population qui nous intéresse. Il est primordial aussi de saisir la notion de prévention. Que signifie-t-elle pour des individus d'une autre culture que celle de l'Occident? La prévention telle qu'on la définit aujourd'hui, semble être une notion bien occidentale; et les tentations paternalistes ne sont pas inexistantes.

Pour ce faire, il faudrait découvrir des canaux de communication ou des couloirs culturels entre les soignants et ces patients migrants. Afin de ne pas projeter nos propres interprétations et nos propres visions sur leurs besoins, de mieux se comprendre et d'enfin mieux délimiter la notion de la santé et de la prévention.

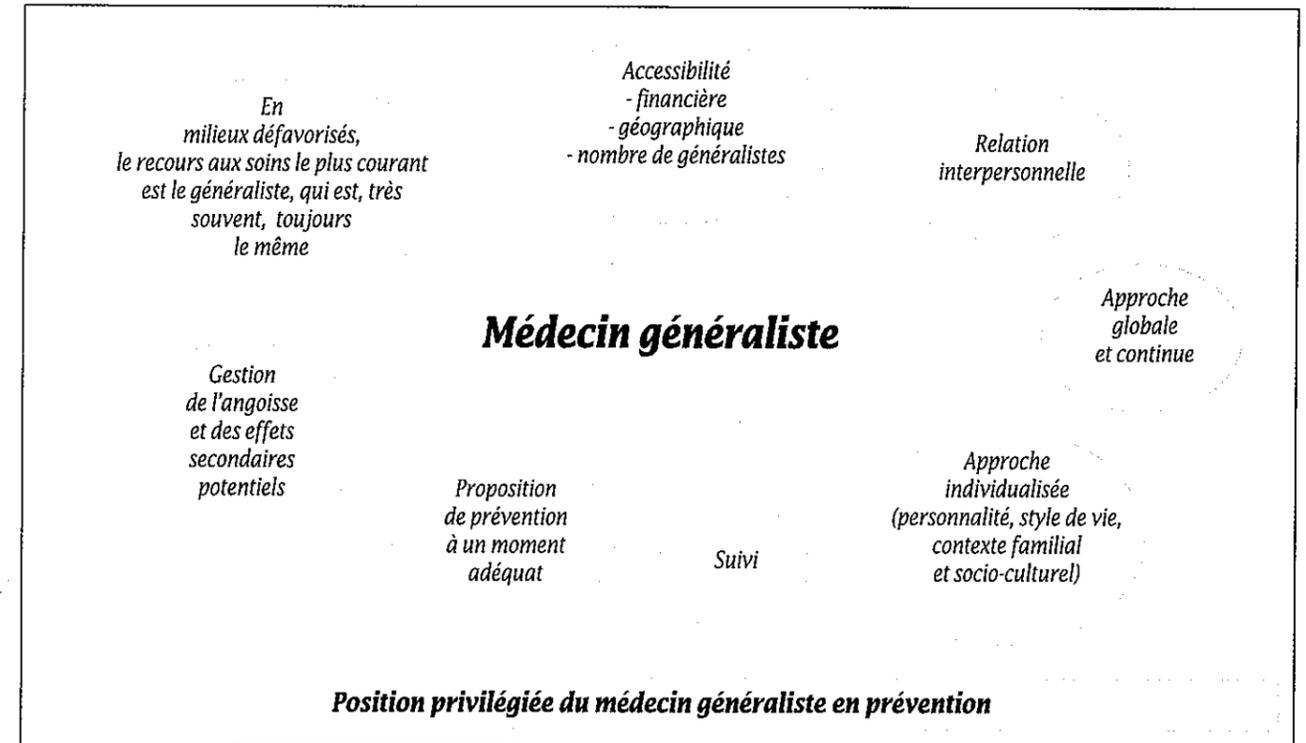
Ces canaux de communication nous permettront également de nous pencher sur les structures d'accueil de nos patients afin de répondre adéquatement à une demande en évitant ainsi des chronifications de types psychosomatiques ou autres.

En connaissant leurs besoins et le sens de ceux-ci, nous pourrions élaborer des méthodes et des outils de communication de type interculturel. Construire également des scénarii qui seront utilisés comme des fils conducteurs dans la prévention.

Lorsque nous aurons élaboré tous ces outils nous devons, comme pour les besoins, identifier des couloirs culturels pour nous permettre de communiquer notre contenu préventif en utilisant les méthodes élaborées. Il nous semble important de pouvoir créer des espaces ou des lieux dans des quartiers. Où des femmes, des hommes et des enfants d'origines culturelles différentes puissent parler d'eux, de leurs besoins, de leurs attentes. Que la parole leur soit rendue et selon nous cela sera un grand pas dans la prévention non seulement de la santé mais d'un bien-être social et individuel.

A. Gailly, R. Ben Driss, psychologues-thérapeutes

Centrum voor Welzijnzorg te Laken, rue E. Delva 35 1020 Bruxelles. Tél: 02/428.99.00. Fax: 02/426.09.81.



Mais le médecin généraliste est-il préparé à cette tâche de prévention dans les milieux défavorisés? Comment cela se passe-t-il en pratique?

Dans cette optique, nous avons réalisé une enquête exploratoire de type qualitatif par entretien auprès de 18 médecins généralistes de région bruxelloise, confrontés plus ou moins fréquemment à des patients dits "défavorisés".

Quelques pistes de réflexion...

La notion de "patients défavorisés" pour le médecin généraliste

Selon les médecins généralistes, ce concept est très relatif, et très hétérogène. Tous s'accordent pour dire que le critère financier n'est pas le seul à devoir être pris en considération. Les autres critères sont: la culture, le faible niveau d'instruction, d'éducation, de scolarisation, la désorganisation, des critères psychologiques, l'isolement, le logement, etc.

Deux grandes caractéristiques méritent d'être soulignées selon plusieurs médecins:

- le cumul de plusieurs de ces critères est une condition indispensable pour qu'un patient soit considéré comme défavorisé (un seul critère ne suffit pas);

- ces critères sont inscrits dans le temps.

Plusieurs médecins se disent parfois très surpris, et ne réalisent que fort tard la réalité du patient. La visite à domicile est souvent l'occasion pour le médecin de se rendre compte des difficultés quotidiennes des patients.

Besoin de garder une certaine dignité devant le médecin? Manque d'attention de la part du médecin? Quoi qu'il en soit, on peut se demander les répercussions de cette méconnaissance sur la relation soignant-soigné, l'adhésion au traitement, la prévention, l'éducation pour la santé.

Les difficultés rencontrées par le médecin avec ce type de patient

Citons quelques difficultés rencontrées par le médecin face à un patient défavorisé:

- l'incapacité du patient à sérier, à hiérarchiser les plaintes;

- la difficulté de communiquer (et pas seulement avec les patients qui maîtrisent mal le français...);

- derrière le motif de consultation se cache souvent un problème bien plus grave, ignoré ou non du patient;

- l'urgence, non fondée le plus souvent;

- l'appel: pour rien, ou alors, beaucoup trop tard...

- le manque de suivi, la compliance moindre.

Ces difficultés semblent avoir pour origine le fossé socio-culturel qui sépare le soignant du soigné. Peu de soignants, en effet, sont nés dans la misère. La distance socio-culturelle est sans doute un obstacle important à une bonne relation médecin-patient.

Les bases d'une relation meilleure

Tous les médecins généralistes ont insisté sur la nécessité d'une relation de qualité pour envisager des activités de prévention auprès des personnes en difficulté. D'après les médecins interviewés, les bases d'une relation meilleure sont:

- tout faire pour essayer de mieux connaître l'autre;
- accorder de la valeur aux représentations de l'autre;
- respecter les différences;
- avoir une attitude d'écoute, d'accueil;
- la simplicité, l'empathie;
- encourager et aider plutôt que de "faire à la place de" (même si cette démarche demande souvent plus de temps au médecin);
- prendre le temps...

La prévention en milieux défavorisés par le médecin généraliste

Les médecins interviewés y croient, une condition indispensable étant de "fidéliser le patient". Mais, pour cela, "nous devons mériter leur confiance".

Les médecins pensent qu'il est utile de tout miser sur l'enfant, espoir d'un lendemain meilleur. Ce qui manque en

effet souvent en milieux défavorisés est cette croyance en l'avenir.

En ce qui concerne la vaccination (des enfants comme des adultes), plusieurs médecins pensent que "la balle est dans leur camp". "Quand nous proposons à ce type de patient un vaccin, les refus sont rares". C'est donc au médecin à proposer la vaccination dans ces milieux.

En matière de prévention, plusieurs médecins disent aussi qu'il importe de saisir les opportunités qu'offre le patient. A titre d'exemple, citons la maladie ou le décès d'un proche. "A ce moment, le patient est plus réceptif, et nous pose d'ailleurs des questions de prévention".

Demander au patient de modifier son alimentation, d'arrêter de boire ou de fumer est toutefois considéré comme impossible par le médecin généraliste en milieux défavorisés. "On risque de casser un équilibre de vie trop fragile". "Quelque part, on les comprend". "J'ai peur de perdre la confiance de mon patient en lui demandant l'impossible".

Qu'induit-on inconsciemment avec de tels présupposés ? Comment alors motiver le patient à changer de comportement ?

Selon certains médecins, "des techniques sont à inventer pour faire de la prévention en milieux défavorisés". Nous n'en sommes pas sûrs.

Ce qui se passe en milieux défavorisés n'est peut-être qu'un effet de loupe de ce qui se passe ailleurs dans la relation soignant-soigné. Une relation soignant-soigné de qualité n'est pas simple. Elle l'est sans doute moins avec un patient défavorisé, vu le fossé socio-culturel qui sépare dans ce contexte le soignant du soigné.

La clé de la réussite?

Peut-être tout simplement apprendre à considérer le patient pour ce qu'il est vraiment, en respectant ses projets de vie, ses valeurs, sa personnalité, sa culture, ses rêves...

Pascale Heremans, médecin, chercheur, assistant facultaire UCL - RESO

Prévenir le cancer avec le minimex?

En 1995, le CERES a réalisé une enquête qualitative dans des milieux socio-économiquement très défavorisés de la région liégeoise.

Quels facteurs psycho-sociaux influencent les pratiques liées à la prévention du cancer? Les messages diffusés par les organisations de prévention du cancer atteignent-ils ces publics particuliers? Les messages de prévention sont-ils compris et sont-ils jugés applicables par ces publics?

Telles étaient les principales questions que nous nous posions alors.

Méthodes d'enquête

L'étude a été menée par entretiens approfondis auprès de trente personnes adultes appartenant au milieu du quart-monde ou à celui de la "nouvelle pauvreté".

L'échantillon était constitué de trente personnes bénéficiaires du minimex, prises en charge par les CPAS de Liège ou de Seraing. Ces personnes avaient été sélectionnées en vue de

représenter la diversité de ce public en fonction des critères d'âge, de sexe et de situation familiale.

On peut considérer que, dans notre échantillon, vingt-deux personnes appartenaient au quart-monde, c'est-à-dire à une forme de pauvreté dite générationnelle, tandis que huit personnes appartenaient à la nouvelle pauvreté. Dix étaient des hommes, vingt étaient des femmes. Dix étaient des jeunes de 18 à 27 ans, treize étaient des personnes d'âge moyen, sept étaient adultes. Enfin, sept personnes n'avaient pas d'enfant à charge contre vingt-trois qui en avaient eu.

Les entretiens se sont déroulés en face-à-face avec l'enquêteur, un sous-groupe de l'échantillon bénéficiant en outre d'entretiens en groupes focalisés. Les entretiens ont eu lieu à l'occasion de plusieurs rendez-vous successifs au domicile des personnes faisant l'objet de l'enquête. Ces entretiens ont fait l'objet d'enregistrements intégraux, ils ont ensuite été retranscrits, puis analysés dans leur contenu.

Les questions ont été posées en trois temps. Dans un premier temps, l'enquêteur faisait connaissance avec la personne enquêtée en la faisant parler sur les difficultés de la vie en général. Dans un deuxième temps, l'enquêteur abordait de façon assez systématique les thèmes du Code européen contre le cancer afin d'étudier comment la personne se positionnait par rapport aux messages principaux de la prévention du cancer. Dans un troisième temps, l'enquêteur demandait à la personne interviewée de réagir face à des supports de prévention du cancer (plusieurs affiches, une brochure, des extraits d'un vidéo).

La référence au Code européen contre le cancer était justifiée par le fait que ce corpus de messages fait aujourd'hui l'unanimité d'experts européens en cancérologie et par le fait que ces messages ont fait l'objet d'une large diffusion dans le grand public depuis 1989, cela grâce au programme L'Europe contre le cancer.

de la culture du pays d'accueil tandis que la femme reste, au sein de la famille, assez isolée culturellement. La femme souffrirait d'anxiété chronique tandis que l'homme d'anxiété aiguë.

Aspects épidémiologiques

Les symptômes chroniques apparaissant très tôt à la suite de la migration sont rencontrés chez les immigrés qui sont plus âgés que la moyenne du groupe, qui ont une scolarisation pauvre, une connaissance assez faible de la langue du pays d'accueil, au chômage et sont plutôt des femmes.

Les hommes présenteraient des problèmes de dépendance à l'alcool et à la drogue, des problèmes de criminalité et des sentiments d'échecs, des plaintes psychosomatiques ainsi que des caractères plus névrotiques.

Les maladies psychiatriques majeures comme la psychose, les troubles d'affection et d'anxiété se rencontrent parmi les immigrés ayant reçu une éducation scolaire plus élevée que la moyenne. Ils présentent une bonne connaissance de la langue du pays d'accueil, sont plus jeunes et au chômage.

En général, les immigrés qui ont été rejoints par leur famille et dont les enfants sont nés dans le pays d'accueil, ont une adaptation difficile au niveau de la famille.

Cette difficulté se manifeste par la délinquance, la drogue, l'alcool et l'échec scolaire. Ces problèmes paraissent s'accroître; dans toutes les sociétés d'accueil on remarque qu'en parallèle les rôles familiaux sont en mutation. En raison du problème de langue, l'enfant devient l'interprète, il prend ainsi au père une partie de son rôle social. Son autorité est remise en question par son exclusion du monde professionnel.

Les rôles, les valeurs traditionnelles et la dynamique familiale se modifient. On note dans la littérature que l'attention est beaucoup plus portée sur les femmes immigrées que sur les hommes.

Les enfants issus de l'immigration ont souvent des problèmes scolaires et abandonnent la scolarité après les études primaires. On remarque que les filles n'ont pas autant de retard scolaire que les garçons du même âge.

Par contre, leur situation devient plus difficile au moment de l'adolescence.

La crise économique actuelle rend le marché de l'emploi beaucoup plus sélectif, les immigrés souffriraient d'une double discrimination tout d'abord comme étrangers puis comme ouvriers sous-qualifiés.

Enormément de recherches ont été faites à propos des maladies psychiatriques chez les immigrés. Faire une étude comparative de ces recherches n'est pas aisé car il existe des différences socio-démographiques, des distinctions dans les définitions des termes diagnostiques. Et enfin, les données ont été récoltées dans différents services (hôpitaux, centres de santé mentale...), les populations qui fréquentent ces services ne sont pas similaires.

Malgré ces obstacles, des tendances se détachent, comme la non augmentation du taux de maladie psychiatrique après la migration, les diagnostics de schizophrénie et de dépression sont surévalués parmi les groupes d'immigrés. S'ajoute également le fait que les problèmes psychiatriques se manifestent par des symptômes particuliers y compris une tendance à somatiser des plaintes. Et que certaines études statistiques indiquent que les problèmes psychiatriques sont plutôt de l'ordre de la dépression et des plaintes d'anxiété.

La présence des allochtones dans les réseaux de la santé mentale nous oblige à nous interroger sur la difficulté de la prise en charge, sur l'analyse de la demande de ceux-ci ainsi que sur la compréhension des pathologies mentales. Plusieurs facteurs peuvent être responsables de l'échec dans une thérapie interculturelle.

Langue et langage

Le recours, par exemple, aux interprètes membres de la famille du patient empêche l'expression de certaines plaintes. C'est encore plus flagrant lorsque ces interprètes sont des enfants.

Même si les parents expriment certains problèmes familiaux ou intimes, les traducteurs risquent de les censurer vis-à-vis du thérapeute et/ou de fournir eux-mêmes et directement la réponse standardisée aux soignants. L'expérience avec les interprètes

montre que, selon le domaine dont il s'agit, on obtient des succès très variables. La dyade soignant-soigné devient une triade, avec toutes les conséquences qui en découlent (déplacements des rôles, relations de confiance...).

Le soignant et le soigné n'ayant pas de langue commune, ils ne peuvent pas trouver un espace de communication verbale. Le codage culturel des plaintes ou des diagnostics n'est pas toujours compris par leurs destinataires.

Par exemple: un patient maghrébin dit à son thérapeute qu'il se sent mal car il subit les effets du mauvais œil d'un parent proche. Ce patient essaie tout simplement de donner une interprétation culturelle à sa souffrance et il est loin d'avoir des bouffées paranoïaques.

Ce patient peut être dans un moment d'anxiété pour diverses raisons: rejet familial, sentiment d'échec. Mais l'incompréhension peut exister dans l'autre sens. Un médecin dit au père d'un patient maghrébin "... votre fils ne se sent pas bien dans sa peau", le père va chez son fils et dit "le médecin a dit que tu te sens pas bien dans ta peau, cela ne m'étonne pas car tu traînes toujours avec des filles, tu as dû ramasser une sale maladie". En fait le médecin voulait tout simplement dire que le patient a des souffrances psychiques. Ceci nous montre que le médecin possède également un codage culturel que le père du patient ne possède pas. Le résultat est la totale incompréhension du père du patient de l'interprétation de la souffrance par le médecin.

Les barrières linguistiques et culturelles servent souvent de paravent à des problèmes plus profonds.

Le thérapeute autochtone s' imagine ne pas pouvoir aider les patients allochtones à cause de ces barrières linguistiques et culturelles. Mais le thérapeute occidental connaît-il la langue et la culture de tous ses patients occidentaux? Les patients occidentaux qui appartiennent aux classes socio-économiquement défavorisées et qui partagent même la culture sont-ils si couramment aidés?

La différence socio-économique est peut-être plus déterminante que la dif-

chez les migrants malades psychiatriques.

Facteurs

Dans la littérature apparaissent deux grandes catégories de facteurs, celui lié à la pré-migration et l'autre lié au contexte migratoire.

Ces facteurs peuvent susciter et influencer l'apparition de la maladie psychique chez le migrant.

Facteurs liés à la pré-migration

La prise de décision de migrer et l'adaptation sociale dans le pays d'accueil sont clairement influencées par la personnalité du migrant (en ce qui concerne les types de personnalités paranoïdes et schizoïdes le processus est différent).

Certains types de caractères considérés comme marginaux dans une société traditionnelle pourraient être bien adaptés à la société occidentale.

L'attitude autour de la migration: dans la littérature, les attitudes et les attentes concernant la migration ont été associées à des problèmes psychologiques.

Les immigrés qui attendent la richesse en idéalisant leur vie future dans le pays d'accueil sont plus sujets à la maladie.

Les immigrés arrivent souvent avec l'espoir d'une vie facile, et le désir d'oublier un passé pénible. Mais l'économie et la vie sociale dans le pays d'accueil sont difficiles.

La connaissance de la culture et de la langue du pays d'accueil peuvent être des facteurs d'adaptation diminuant le stress.

Facteurs liés au contexte migratoire

La différence culturelle entre la société d'origine et la société d'accueil peut être une variable influençant le taux des maladies psychiatriques chez les migrants. Plus la disparité est grande, plus la morbidité de la maladie est élevée. La "communauté des compatriotes" pourrait aider le migrant au moment de l'adaptation mais elle peut également rendre plus difficile l'intégration.

Les relations inter et intra-groupes des immigrés jouent un rôle évident dans

l'augmentation ou la diminution de la psychopathologie (les groupes renfermés sur eux-mêmes paraissent avoir des facteurs de risque importants). L'isolement causé par le principe de l'endémie d'un groupe est donc un facteur de risque. Ceci est encore plus important quand les relations intra-groupales sont mauvaises. Dans ces conditions, les sujets n'ont aucune issue.

Les caractéristiques de la société d'accueil influenceraient l'expression et le taux des maladies psychiatriques. Ce sont surtout les attitudes de la société d'accueil par rapport à l'intégration, qui sont importantes. Il apparaît dans la littérature que le principe du "melting pot" d'une société impliquerait qu'à court terme le migrant aurait des problèmes psychologiques, par contre à long terme cette situation lui apporterait des gratifications psychosociales.

L'ambiguïté existant entre le concept de l'intégration et la politique de la remigration vers le pays d'origine amène à une incohérence.

Bien qu'une grande partie de la première génération a l'intention de remigrer vers le pays d'origine, l'importance de la réunion familiale rend cette remigration de moins en moins réaliste.

Beaucoup de gouvernements (Allemagne, Pays-Bas, Belgique) sont favorables à une politique d'intégration par l'éducation scolaire, le logement, l'égalité des chances. Ces gouvernements désirent que les immigrés s'adaptent à la société d'accueil tout en gardant leur culture propre afin que la remigration soit possible (cette idée est appuyée par la prime de retour).

Les facteurs socio-démographiques comme l'éducation scolaire, l'âge, le sexe peuvent influencer le processus d'apparition d'une maladie psychiatrique chez un migrant.

L'éducation scolaire et l'occupation professionnelle peuvent être neutres, avantageuses ou défavorables pour l'adaptation post-migratoire dans divers contextes.

L'adaptation sera d'autant plus facile si l'éducation scolaire est reconnue dans la société d'accueil. Mais, si le migrant scolarisé attend trop de cette reconnaissance, il sera plus vite déçu car son éducation scolaire lui permet

d'être plus attentif aux différences. On constate dans la littérature que, en comparaison avec les immigrés âgés, les jeunes migrants reprennent assez rapidement le statut social et professionnel d'avant leur migration.

Par contre, les adolescents immigrés abandonneraient les études et rentreraient directement dans la vie professionnelle dans la société d'accueil.

Toujours dans la littérature, les symptômes dépressifs et d'anxiété auraient un rapport également avec le niveau scolaire. Les adaptations sociales chroniques et difficiles seraient donc liées à une scolarisation pauvre. Ces difficultés se manifestent par le chômage, l'isolement social, le manque de connaissance de la langue du pays d'accueil.

L'âge représente un élément important; on remarque que les immigrés qui demandent une aide psychiatrique se situent pour la plupart dans le groupe d'âge entre la fin de l'adolescence et la quarantaine. Ceci n'est pas extraordinaire quand on considère que des désordres psychiatriques comme les troubles de l'affect, la schizo-paranoïa, les troubles d'angoisse, apparaissent entre 20 et 30 ans. Signalons qu'à l'heure actuelle, en Europe, la population immigrée ne dépasse que très rarement le seuil des 60 ans.

La littérature nous montre que la différence de sexe n'est pas significative chez les malades psychiatriques immigrés. Par contre, quand nous allons plus loin dans l'étude statistique, une corrélation claire entre les facteurs suivants apparaît: sexe, plaintes psychiatriques, chômage, durée du séjour dans la société d'accueil. Cette corrélation résulte du comportement de la femme, qui continue à suivre son mode de vie traditionnel, tandis que l'homme perd son occupation professionnelle et son rôle social à cause de la migration. Le taux de psychopathologie élevé chez les hommes immigrés diminue après un certain temps quand ceux-ci sont plus intégrés dans la société d'accueil par leur activité professionnelle. Les femmes aux foyers se protègent de la société d'accueil et vivent un processus d'adaptation retardé.

Ce sont essentiellement les enfants et le mari qui s'imprègnent de la langue et

Résultats

Je voudrais résumer les résultats de cette enquête en quelques points précis:

1. Le **tabagisme** est un comportement socialement valorisé et une rare source de plaisir. C'est aussi un moyen de communication avec les autres et un moyen d'oublier sa faim. Le seul frein à sa consommation est le prix du tabac. Les parents sont toutefois soucieux d'éviter cette assuétude à leurs enfants, mais ils se sentent incapables de les en dissuader. Une action visant au sevrage tabagique des adultes paraît donc peu prometteuse, mais des actions de prévention tabagiques chez les jeunes seraient bien accueillies par leurs parents.

2. L'**alcoolisme** est une assuétude socialement réprouvée, non pour les risques liés à la santé, mais pour ses conséquences sociales. La consommation d'alcool suscite la honte et est donc difficilement avouable. Elle est cachée, mais probablement présente dans un certain nombre de cas: elle exprime un mal-être et un état souvent dépressif lié aux conditions de vie.

3. Quoique les normes sociales soient favorables à la consommation des **fruits et des légumes**, les personnes pauvres en consomment peu en raison de leur prix dans les commerces de proximité, certes, mais aussi parce qu'elles ne comprennent pas que "le jeu en vaut la chandelle". De tout temps, en tout lieu, ce sont les aliments qui remplissent le ventre, en gros les féculents et le gras, qui ont été considérés comme "nourissants".

Le message " Consommez cinq rations de fruits ou de légumes par jour " est un message littéralement incompréhensible pour les groupes de population dont nous parlons aujourd'hui. Il faut donc adapter ce message aux réalités qui sont les leurs. Il faut se fixer des objectifs réalistes (par exemple, " Mangez des fruits et des légumes tous les jours ") et proposer des recettes bien de chez nous (par exemple, des soupes et des potées). Il faut faire connaître les légumes et les fruits de saison. S'il y a un effort à faire, ces personnes le feront davantage pour leurs enfants que

pour elles-mêmes. Tenons-en compte en élaborant nos messages d'éducation nutritionnelle.

4. Les normes sociales sont très favorables au gras, au gras de la viande de porc et du beurre, en particulier. Les personnes dont nous parlons ont souvent une image dévalorisante d'elles-mêmes, ce qui les rend peu réceptives aux appels à la minceur. Comme pour les fruits et les légumes, les personnes que nous avons rencontrées n'ont pas le projet d'améliorer leur alimentation dans le sens d'une réduction de la consommation des graisses. En nous référant à la classification de Prochaska et Di Clemente, nous pouvons dire que, pour l'alimentation comme pour le tabac, ces personnes sont à un stade de précontemplation ou de pré-projet. Autrement dit, elles ne pensent pas encore à changer leurs habitudes.

5. Finalement en matière d'alimentation, l'**irrégularité des repas** et l'absence de plaisir et de convivialité qu'on y trouve apparaissent comme les facteurs sur lesquels on devrait agir en priorité. Sans oublier bien sûr l'aide à la recherche de modes de consommation qui offrent le meilleur rapport qualité-prix.

6. Le **dépistage du cancer** est une pratique peu fréquente dans les populations que nous étudions ici, même quand il est gratuit, comme c'est le cas du dépistage du cancer du sein à partir de 40 ans dans la province de Liège. Les raisons principales de cet échec de mobilisation des femmes de milieu très défavorisé sont que ces personnes vivent à court terme et qu'elles ne croient pas que l'on puisse guérir du cancer. Par conséquent, plus tard on l'apprend, plus longtemps on aura préservé une relative tranquillité de vie.

7. Les moyens de communication qui permettraient de conduire ces personnes à adopter des pratiques plus favorables à leur santé ne sont certainement pas les médias de masse. D'une part, ceux-ci transmettent des messages généralement calibrés pour la classe moyenne, d'autre part, ils ne sont pas utilisés par les groupes de populations dont nous parlons pour se mettre à l'écoute de messages de santé. La communication interpersonnelle doit prévaloir: celle du médecin de

famille, lorsqu'il existe, celle aussi des intervenants sociaux avec lesquels ces personnes-là sont en contact.

Dans cette perspective, un programme d'ateliers socio-éducatifs s'intégrant dans une démarche de médecine préventive, telle que celui du CPAS de Liège, semble tout à fait prometteur. C'est du moins ce que révèle l'évaluation menée de mars à juillet 1997 par l'équipe du CERES selon une approche globale et participative.

La participation de bénéficiaires du minimex à un tel programme de réinsertion contribue manifestement à leur redynamisation physique, mentale et sociale à condition que l'équipe qui organise ces ateliers bénéficie de la collaboration pleine et entière des assistants sociaux, véritables interfaces entre le monde institutionnel et les populations précarisées.

Ces programmes considèrent la santé dans toute sa globalité et visent à rendre aux personnes pauvres une place dans un groupe social et, partant, une certaine joie de vivre. Ils constituent une approche globale et dynamique de la promotion de la santé dans les milieux précarisés. Il faut leur donner les moyens d'exister dans nos villes, où la solitude et la pauvreté s'étendent de jour en jour.

Pour terminer, je voudrais exprimer ma gratitude au programme L'Europe contre le cancer et à l'Association contre le cancer, qui ont soutenu la recherche sur la prévention du cancer en milieu défavorisé, ainsi qu'à la Communauté française, qui a apporté son soutien à l'évaluation de l'expérience du CPAS de Liège.

Michel Andrien, CERES, Université de Liège

Références

ANDRIEN M., HALBARDIER V., JOSLET I., Evaluation globale dynamique et participative des activités de promotion de la santé du centre médico-préventif du CPAS de la Ville de Liège, Liège, CERES, 1997.

FILEE D., HALBARDIER V., RIFFON A., ANDRIEN M., Prévention du cancer et pauvreté, Liège, CERES, collection " Education et communication pour la santé ", 1996.

Jouer au "Chemin de la Santé" pour un développement durable en santé

Accompagner une population défavorisée dans sa lutte pour un meilleur bien-être physique, psychologique et social demande une mobilisation concrète d'un maximum de moyens. Plus d'assistantat, mais la responsabilisation de chacun des habitants et travailleurs socio-économiques du quartier, quels que soient son âge et ses capacités, dans le respect des différences et la lente maturation d'une citoyenneté effective.

Des jeunes dans la 'zone'

Parler du "Chemin de la Santé", c'est décrire dix ans de lent cheminement de jeunes et d'adultes dans un quartier en pleine ébullition, en détresse, en révolte...

Issue en majorité de l'immigration, la population est jeune. Subissant depuis longtemps avec fatalisme de nombreuses discriminations, elle découvre la force du groupe et son pouvoir. De façon négative, lorsqu'il s'agit d'émeutes attisées par des groupuscules de "casseurs" ou récupérées par des membres de groupes politiques d'extrême gauche ou droite qui ont intérêt à ce que la situation ne change pas. Mais aussi de façon positive.

Cureghem, quartier d'Anderlecht coincé entre la Gare du Midi, les abattoirs, le canal et des voies rapides, subit depuis 20 ans une forte dégradation par indifférence du pouvoir communal. L'habitat y est vétuste ou taudisant, la voirie en décrépitude, les services de proximité (postes, antenne de police,...), absents. Les trafics sont nombreux (drogue, voiture volées), des armes circulent.

La population, peu scolarisée, souffre massivement du chômage. La pauvreté, les conditions de logement et le manque d'espaces verts induisent de nombreuses maladies. Il ne faut pas s'étonner dès lors si ce volcan sous pression laisse éclater son trop-plein de haine, de violence, de souffrance... dans une révolte aveugle.

Au sein de ce quartier, de nombreuses associations et écoles accueillent ces

jeunes. Parmi elles, l'Institut de la Providence, dont le projet est de s'ouvrir à tous les jeunes sans distinction, quel que soit leur passé.

Chaque jeune a l'occasion, s'il le veut vraiment, de refaire surface grâce à l'accompagnement éducatif privilégié de toute l'équipe éducative qui agit tant au niveau pédagogique que social, psychologique, judiciaire et médical, en prenant en compte l'entièreté du vécu des jeunes et en construisant avec eux leur projet d'avenir. Malheureusement, peu de parents appuient l'équipe éducative dans ses missions de socialisation des élèves.

L'encadrement de ces jeunes en difficulté est supporté par une équipe éducative performante mais qui s'épuise en raison d'un manque criant de moyens. C'est dans ce creuset qu'est né en 1988 le jeu "Le chemin de la Santé".

Les élèves de 7^e professionnelle "Educateurs Sanitaires" se sont révoltés contre une situation de vie et d'apprentissage scolaire qu'ils ne maîtrisent pas et les relègue au rang de "déchets" d'une société qui ne veut pas d'eux.

Après enquête auprès de travailleurs sociaux, sanitaires et éducatifs du quartier, les élèves ont répertorié les différents "problèmes" du quartier dans une optique de santé globale: habitat, maladies, comportements, hygiène, éducation,... Ces problèmes ont été visualisés à partir de photos prises sur place et "mis en cases" d'un énorme jeu de l'oie qui circule dans les écoles et les associations. Des tracts très visuels donnent une information complémentaire. Jeu et tracts permettent de cheminer, analyser, comprendre et trouver des remédiations aux causes de sous-développement du quartier.

Dans chaque groupe, le jeu sert de base au choix d'une action à la portée des participants et à mener collectivement en vue d'améliorer la santé.

L'intérêt est triple: les éducateurs sanitaires en formation se qualifient sur le

terrain en animant le jeu (technique des pairs). Ils y globalisent leurs nombreuses connaissances acquises en matière d'hygiène, de pathologie, de prévention et d'éducation en santé.

Les jeunes animés sont confortés en groupe dans leurs pratiques positives en santé et comportementales, et découvrent la force d'agir ensemble, de coopérer dans une action concrète qui améliore leur environnement et donc leur quartier. De plus, nombre de

leurs réflexions débouchent sur une prise de conscience citoyenne de leur rôle comme interpellateurs du monde politique communal ou des adultes qui les entourent. Ceux-ci répondent rarement à leurs attentes.

La Commission Communautaire Française s'est intéressée au projet et le finance depuis 8 ans (tout en diminuant chaque année la somme affectée au projet alors que le nombre d'interventions et de groupes participants augmente!).

Des couques et des fruits

Mais en quoi consistent ces "actions" menées depuis 10 ans?

Peintures murales égayant des murs de récréation ou des couloirs d'école, en partenariat entre plusieurs classes ou même entre écoles; création de jeux "santé" animés par des grands dans des classes de petits, de bacs de fleurs agrémentant les balcons d'une rue, d'une chanson, d'un montage vidéo; organisation de collations saines, où les limonades et chocolats sont remplacés, au même prix, par du jus de fruit frais et des "couques"; montage de dossiers sur l'environnement dans le quartier; essais de "nettoyer" le quartier et les espaces-décharge en collaboration avec la commune (mais sans réponse de celle-ci); création d'une bibliothèque; rénovation de classes et de toilettes,... Le plus dur est de n'avoir aucun budget pour soutenir des initiatives intéressantes; il manque le petit coup de pouce qui motive au démarrage.

Amener des jeunes, des adultes à ne plus vivre à genoux est long et difficile. Cela passe par cet espace de dialogue qu'est "Le chemin de la santé" où l'enfant, le jeune, l'adulte a le droit d'exprimer ce qu'il vit, ce qu'il pense, ce qu'il espère tout en étant interpellé constamment sur ce qu'il est prêt à mettre lui-même en oeuvre pour que "cela change".

Pas tout seul, bien sûr, mais tous ensemble, en ayant la force et le courage d'aller jusqu'au bout de l'action choisie. Il faut souligner l'importance de l'adulte encadrant le groupe animé: enseignant ou animateur s'engage à "porter" son groupe en activant sa motivation au fil de l'année. Son aide est précieuse car même si les éducateurs sanitaires suivent chaque groupe animé, rien ne vaut le contact privilégié "prof-élève" ou "animateur-animés".

La liberté pédagogique de l'Institut de la Providence permet aux éducateurs sanitaires et aux équipes pédagogiques de mettre en place ce dispositif de qualification qui dure toute l'année.

Avoir droit à l'erreur, évoluer à son rythme, s'engager dans des actions à la portée des animés sont autant de facteurs de réussite. A la fin de l'année, une fête rassemble tous les participants au jeu santé. Toutes les actions menées à leur terme sont

primées par un prix de groupe. Un trophée santé est offert à l'association ou l'école qui s'est le plus investie dans le projet. De plus, tous reçoivent un certificat nominatif de participation au "Chemin de la santé". Les éducateurs sanitaires reçoivent quant à eux un certificat d'animateur santé. Un petit plus qui a permis il y a 2 ans à 2 jeunes d'être engagés dans 2 associations en tant qu'animateurs.

Dix ans de carrousel

Mais des difficultés subsistent et s'alourdissent au fil des ans: pas d'heures de coordination pour le promoteur, des moyens financiers dérisoires face au succès grandissant du dispositif et l'absence évidente d'implication politique concrète. Soulignons néanmoins l'aide incontournable de l'association "Les Pissenlits" qui travaille comme cellule de santé communautaire et rassemble autour d'elle beaucoup de travailleurs sociaux, sanitaires et éducatifs du quartier.

Cureghem a connu beaucoup de dispositifs de développement et reste engagé dans certains d'entre eux: ZEP (Zone d'Education Prioritaire), DSQ (Développement Social de Quartier), Zone de Discrimination positive,... autant d'appellations qui recouvrent une même réalité: quartier ghetto délaissé

par un pouvoir communal qui refuse de prendre ses responsabilités face à une population "qui ne vote quand même pas"!

Tant de dispositifs où les travailleurs, à statut précaire, se sont succédé encore plus vite que les changements d'appellation. Comment coordonner valablement un développement global du quartier face à ce carrousel où les actions menées ou entamées attendent les subsides promis parfois pendant 1 ou 2 ans? Comment mobiliser une population qui, après avoir fait confiance aux travailleurs, se voit devant de nouveaux responsables tous les 2 ou 3 ans?

Et pourtant... 10 ans et nous sommes toujours là! Luttant contre vents et marées, contre les multiples freins rencontrés... L'enthousiasme des jeunes, leur engagement et l'implication grandissante des adultes responsables de groupes nous portent à continuer. Mais pour combien de temps?

Suzanne Dubois,
infirmière graduée/enseignante,
licenciée en éducation pour la santé

Pour plus de détails sur ce projet, voir Dubois S., "Quand des jeunes tracent un chemin de santé...", Education santé 111 et 112, octobre et novembre 1996.

Un regard sur la santé mentale des migrants

Tour d'horizon de la littérature

Afin d'approcher la problématique de la psychopathologie des migrants en Europe, nous commençons par faire une étude comparative de la littérature concernant ce thème. Cette tâche est ardue car la migration est un processus dynamique.

La plupart des données concernant les immigrés sont le résultat d'études transversales et non longitudinales.

La situation des groupes d'immigrés peut être différente d'un pays d'accueil à l'autre en raison des diffé-

rences historiques et législatives de ces pays.

Néanmoins, quelques tendances générales peuvent être relevées à partir d'une étude de la littérature.

Deux hypothèses apparaissent concernant la relation entre la maladie psychiatrique et la migration.

La première hypothèse pré-migratoire serait que la migration n'est qu'un processus révélateur de la maladie. Certains immigrés auraient une prédisposition à la maladie psychique avant la migration. Les facteurs stressants de cette migration déclencheraient la maladie.

La deuxième serait l'hypothèse du contexte migratoire pouvant susciter de l'anxiété.

La vulnérabilité d'une maladie psychique peut augmenter en corrélation avec le temps de résidence dans le pays d'accueil. Par conséquent, la deuxième génération serait plus vulnérable (la délinquance augmenterait ainsi que les maladies psychiques).

La question suscitée par ces hypothèses est: la migration est-elle une cause directe ou indirecte de la maladie psychique?

Nous aborderons ensuite l'aspect épidémiologique des maladies mentales

BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT

Périodique destiné aux soignants et aux professionnels de la santé.
Il est édité par le Centre d'Education du Patient depuis 1982 et paraît quatre fois l'an.

DERNIERS DOSSIERS PARUS :

- 1/90 Psychiatrie
- 2/90 Gériatrie
- 4/90 Actes du colloque 1990 «Nouvelles perspectives de l'Education du Patient»
- 2/91 Examens médicaux
- 3/91 Les maladies cardio-vasculaires
- 4/91 Diabète
- 1/92 Actes du colloque de la Citadelle «Comment communiquer ?»
- 2/92 Spécial enfance
- 3/92 Les 10 ans du BEP
- 4/92 Diabète II
- 1/93 Les maladies respiratoires
- 2/93 La relation éducative
- 3/93 Approches interculturelles
- 4/93 Stratégies éducatives
- 1/94 Coordination - concertation en Education du Patient
- 2/94 Alimentation
- 3/94 Maisons médicales
- 4/94 Maladies neurologiques
- 1/95 Adhésion aux traitements
- 2-3/95 L'enfant à l'hôpital (n° double)
- 4/95 Questions Ethiques
- 1/96 Santé du Nourrisson
- 2/96 Actes Journée IPCEM 96 (n° double)
- 3/96 Apprentissage et évaluation en Education du Patient
- 4/96 Sida
- 1/97 Jeunes et médicaments
- 2-3/97 Personnes âgées (n° double)
- 4/97 Le patient au centre de l'éducation

DOSSIER EN PREPARATION :

Handicap

DEMANDE D'ACQUISITION DU BEP

- exemplaire(s) du Bulletin n°
- abonnement(s) d'un an au BEP

Tarif institutionnel / Tarif individuel / Tarif groupé (*)

Veillez S.V.P. remplir l'autre face de ce talon pour les informations complémentaires (adresses d'envoi et de facturation).

(*) biffez la (ou les) mention(s) inutile(s)

CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT A.S.B.L.



LISTE DES PRODUCTIONS

Liste de prix
du 16 septembre 1997
FRAIS D'ENVOI EN SUS

- VIDEOGRAMME 
- BROCHURE 
- DEPLIANT 
- AFFICHE 
- FICHE ILLUSTRÉE 

- Les prix mentionnés sont garantis dans la limite des stocks disponibles (FRAIS D'ENVOI EN SUS).
- Veuillez nous contacter si vous désirez nous passer une commande importante.
- Les vidéos sont également disponibles en location au prix de **100 Bef la semaine** (uniquement en Belgique).
- Quelques productions visent la formation de soignants et sont signalées par le sigle **S**.

Ces productions sont des outils visant l'information et l'éducation «santé» de personnes...
- en relation de soins;
- et/ou aux prises avec un problème de santé;
- et/ou ayant besoin d'informations à propos de certains aspects de la santé.
Ces outils ont fait l'objet d'une démarche méthodologique rigoureuse.

VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS...

- *sur l'information et l'éducation du patient;
- *sur les enjeux de la relation soignant-soigné;
- *sur l'implication de l'équipe pluridisciplinaire dans la démarche éducative;
- *sur les publications et outils traitant des aspects psycho-sociaux et pédagogiques de la pratique médicale et soignante,...



SON OBJECTIF...

est de diffuser des expériences, des réflexions et des contributions scientifiques de professionnels de la santé et de chercheurs dans le domaine de l'éducation du patient et de la relation soignant-soigné.

SES AUTEURS...

proviennent d'horizons professionnels divers: médecins, infirmiers, psychologues, sociologues, éducateurs pour la santé, enseignants, chercheurs,...

SON COMITE DE LECTURE INTERNATIONAL...

est composé de chercheurs en éducation du patient : Pr. Jean-Philippe ASSAL, Pr. Alain DECCACHE, Pr. Jean-François d'IVERNIS, Dr. Rémi GAGNAYRE, Dr. Alain GOLAY, M. Stéphane JACQUEMET, Pr. Michel MERCIER.

LE BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT...

se veut - une tribune où des résultats de recherches, des réflexions et savoir-faire sont exprimés;
- un espace d'informations (revues bibliographiques, présentations de manifestations, d'outils et de programmes éducatifs, d'associations,...);
- une source de formation permanente;
- un instrument de liaison...

Chaque numéro du BEP aborde plus particulièrement une problématique.

TARIFS ET ABONNEMENTS 1998

	LE NUMÉRO		ABONNEMENT D'UN AN		
	N° simple	N° double	INSTITUTION	INDIVIDUEL	GROUPÉ (*)
Benelux	250 Bef	400 Bef	1.000 Bef	700 Bef	600 Bef
CEE	300 Bef / 52 FF	450 Bef / 78 FF	1.200 Bef / 207 FF	900 Bef / 155 FF	800 Bef / 138 FF
Autres Pays	325 Bef	475 Bef	1.300 Bef	1.000 Bef	900 Bef

(*) OFFRE VALABLE SI 5 ABONNEMENTS AU MOINS SONT REGROUPÉS À LA MÊME ADRESSE.

POUR RECEVOIR LE BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT, IL VOUS SUFFIT...

...de compléter ce talon recto/verso et de nous le renvoyer.
Vous effectuez le paiement (majoré des frais de port) après réception de la commande

Pour les commandes venant de France, le paiement peut être effectué en francs français

Talon à compléter et à renvoyer au : CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT

4, Rue Fond de la Biche Tél. : ++ 32 (0)82/61 46 11
B 5530 Godinne - Belgique Fax : ++ 32 (0)82/61 46 25

L'HÔPITAL

-  - «MON ENFANT ENTRE A L'HOPITAL» 1.000 Bef
Vidéogramme, VHS. PAL, 15 Min. 172 FF*
-  - «A LA RENCONTRE DE L'HOPITAL»
Brochure, Accueil de l'enfant en pédiatrie.
24 pages, 2 couleurs
L'exemplaire 60 Bef / 10 FF
-  - «L'ACCUEIL A L'HOPITAL»  1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 11 Min. 172 FF*
-  - «L'ACCUEIL EN POLYCLINIQUE»  1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 9 Min. 172 FF*

LES MALADIES CORONARIENNES

-  - «MIEUX PROTEGER VOTRE COEUR»
Dépliant, Réadaptation et prévention
des facteurs de risque.
L'exemplaire 20 Bef / 3,50 FF
-  - «PACE MAKER» (2 versions)
Dépliant, 2 couleurs
1^{ère} version: Placement en une étape.
2^{ème} version: Placement en deux étapes.
L'exemplaire, version 1 ou 2 20 Bef / 3,50 FF

LES ALLERGIES

-  - «A PLEINS POUMONS» Primé au
festival du film médical d'Amiens 89 1.000 Bef
172 FF*
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 19 Min.
Version française ou
néerlandaise «Met volle borst»
-  - «DOMINIQUE ET L'ASTHME»
Brochure, 3 couleurs, 32 pages
Versions française, néerlandaise et anglaise
L'exemplaire 40 Bef / 7 FF
-  - «PEAK-FLOW»
Brochure d'utilisation du Peak-flow.
Une couleur. L'exemplaire 25 Bef / 4,20 FF
-  - «VOTRE ENFANT A DES BRONCHITES, DE
L'ASTHME... soignons-le ensemble»
Les méfaits du tabac.
Dépliant, 2 couleurs. Maximum 10 exemplaires Gratuit

LA PROTHÈSE DU GENOU

-  - «LA PROTHESE DU GENOU (ARTHROPLASTIE)»
Brochure, 2 couleurs, 16 pages
L'exemplaire 30 Bef / 5,25 FF

LE CANCER

-  - «DEPISTAGE PRECOCE DU CANCER» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL. 172 FF*

L'HÉMIPLÉGIE

-  - «COMMENT AIDER UNE PERSONNE
HEMIPLEGIQUE A SE DEPLACER?»
Affiche, format A2, 2 couleurs 150 Bef / 26 FF
-  - «COMMENT AIDER UNE PERSONNE
HEMIPLEGIQUE AU LIT ET A LA SORTIE DU LIT?»
Affiche, format A2, 2 couleurs 150 Bef / 26 FF
-  - «MIEUX VIVRE AVEC SON HÉMIPLÉGIE»
Brochure, 2 couleurs, 48 pages
L'exemplaire 60 Bef / 10,50 FF
A partir de 2 exemplaires 35 Bef / 6 FF

LA MATERNITÉ

-  - «J'AI CHOISI L'ALLAITEMENT MATERNEL» 1.000 Bef
avec guide d'utilisation en français 172 FF*
Version française ou turque
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 12 Min.
-  - «BIENTOT PARENTS»
Brochure, 2 couleurs, 28 pages
+feuillelet «Informations sociales»
L'exemplaire 40 Bef / 7 FF
-  - «L'AMNIOCENTESE... CETTE INCONNUE...»
Dépliant, 4 couleurs
L'exemplaire 15 Bef / 2,60 FF
A partir de 10 exemplaires 9 Bef / 1,50 FF
-  - «ET APRES LA MATERNITE ?»
Brochure, 4 couleurs, 20 pages
L'exemplaire 40 Bef / 7 FF
-  - «POUR LA SÉCURITÉ
DU SOMMEIL DE VOTRE BÉBÉ»
Dépliant, 2 couleurs
L'exemplaire 4,5 Bef / 0,80 FF
-  - «POUR LA SECURITE
DU SOMMEIL DE VOTRE BEBE»
Affiche, format A2, 2 couleurs
L'exemplaire 150 Bef / 26 FF

LES VARICES

-  - «LES VARICES»
Dépliant. Explication des varices
et conseils pratiques. L'exemplaire 30 Bef / 5,25 FF
-  - «L'EVEINAGE»
Dépliant, 2 couleurs. L'exemplaire 25 Bef / 4,20 FF

(*) Frais de transcodage en SECAM - NTSC en sus.

LE DIABETE

-  - «INTRODUCTION AU DIABETE» (I) 1.000 Bef
Vidéogramme V.H.S. PAL, 13 Min. 172 FF*
-  - «L'INSULINE ET LA TECHNIQUE D'INJECTION» (II) 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 15 Min. 172 FF*
-  - «L'HYGIENE» (III) 1.000 Bef
Vidéogramme V.H.S. PAL, 10 Min. 172 FF*
-  - «L'ALIMENTATION, PRINCIPES GENERAUX» (V) 1.000 Bef
Vidéogramme V.H.S. PAL, 10 Min. 172 FF*
-  - «LES COMPLICATIONS DU DIABETE» (VI) 1.000 Bef
Vidéogramme V.H.S. PAL, 10 Min. 172 FF*
-  - «L'INSULINE ET LA TECHNIQUE D'INJECTION» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 10 Min. 172 FF*
-  - «HYPOGLYCEMIE ET HYPERGLYCEMIE» 20 Bef /3,50 FF
Deux affiches (21 X 30 cm)
L'exemplaire
-  - «COMMENT VIVRE AVEC MON DIABETE» 200 Bef /34 FF
Fiches, série de 18 fiches
La série 1.700 Bef /290 FF
Par dix séries
-  - «COMMENT REALISER VOTRE INJECTION ?» 30 Bef /5,25 FF
Dépliant, 2 couleurs
L'exemplaire

LA TRACHÉOTOMIE OU TRACHÉOSTOMIE

-  - «SOINS AUX PATIENTS TRACHEOTOMISES OU TRACHEOSTOMISES» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 25 Min. 172 FF*

L'HÉMATOLOGIE

-  - «L'AUTO-DONATION DE SANG» 8 Bef /1,40 FF
Dépliant. L'exemplaire

LA TOXICOMANIE

-  - «ECOUTE-MOI» 40 Bef /7 FF
Brochure, 3 couleurs, 16 pages
L'exemplaire

L'ANESTHÉSIE

-  - «L'ANESTHÉSIE» 15 Bef /2,60 FF
Dépliant, information sur les différentes anesthésies
L'exemplaire

LA SCLÉROSE EN PLAQUES

-  - «AUTONOME CHEZ SOI, de l'astuce dans les aménagements» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL. 172 FF*
-  - «VIVRE AVEC LA SCLÉROSE EN PLAQUES» Gratuit
Brochure, 2 couleurs, 52 pages (max. 10 ex.)
-  - «COMMENT CHOISIR SON ALIMENTATION» Gratuit
Dépliant (max. 10 ex.)
-  - «LIGUE S.P.» Gratuit
Dépliant de présentation de la Ligue (max. 10 ex.)

LA COLOSTOMIE

-  - «L'ENTEROSTOMIE»: 20 Bef /3,5 FF
Brochure, 1 couleur. L'exemplaire
-  - «LA COLOSTOMIE»: 200 Bef /34 FF
Fiches, série de 32 fiches
La série

L'ALIMENTATION

-  - «RÉGIME HYPOCALORIQUE» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 16 Min. 172 FF*
-  - «ALIMENTATION CONTRÔLÉE EN GRAISSE ET EN SEL» 40 Bef /7 FF
Brochure, 16 pages. L'exemplaire
-  - «LE RÉGIME SANS SEL» 20 Bef /3,50 FF
Dépliant, «Le régime sans sel large» (affichable)
Dépliant, «Le régime sans sel moyen» (affichable)
Dépliant, «Le régime sans sel strict» (affichable)
Dépliant (au choix)

LES EXAMENS MÉDICAUX

-  - «Les aérosols doseurs»(S)
 -  - «L'artériographie»(S)
 -  - «L'artériographie digitalisée intraveineuse»(S)
 -  - «La biopsie de la moëlle»(S)
 -  - «La bronchoscopie»(S)
 -  - «La cholangiographie rétrograde»(D)
 -  - «La coloscopie»(S)
 -  - «La coronarographie»(D)
 -  - «L'électromyographie»(S)
 -  - «La gastroscopie»(S)
 -  - «La laparoscopie»(S)
 -  - «Le lavement baryté»(S)
 -  - «Le lavement baryté pour patient externe»(S)
 -  - «La myélographie ou radiculographie»(S)
 -  - «La phlébographie»(S)
 -  - «La résonance magnétique nucléaire»(D)
 -  - «Le scanner»(S)
 -  - «La scintigraphie»(D)
 -  - «L'urographie intraveineuse»(S)
 -  - «La VCN»(D)
- Fiche (16 X 21 cm)
L'exemplaire Simple (S) 7 Bef /1,20 FF
Double (D) 14 Bef /2,40 FF
-  - «La VCN» affiche 50 Bef /8,50 FF

LE SOMMEIL

-  - «GRAIN DE SABLE» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 42 Min. 172 FF*

LA PRÉVENTION DU MONOXYDE DE CARBONE

-  - «ATTENTION AU MONOXYDE DE CARBONE» 1.000 Bef
Vidéogramme, V.H.S. PAL, 17 Min. 172 FF*

LA CAMPAGNE ANTITABAC

-  - «SÉRIE DE CINQ AUTOCOLLANTS - AFFICHES» 1.000 Bef /172 FF
de la campagne «Hôpital sans tabac»
Format A3, 3 couleurs. La série
-  - «SETS DE TABLE» 3.100 Bef /530 FF
de la campagne «Hôpital sans tabac»
Papier 70 gr, format A3, 2 couleurs
Le lot de 1.000 sets 13.500 Bef /2.310 FF
Le lot de 5.000 sets

LES PLÂTRES

-  - «LES PLÂTRES» 14 Bef /2,40 FF
Double fiche. L'exemplaire

LES ANTICOAGULANTS

-  - «SINTROM» 15 Bef /2,60 FF
Dépliant, 2 couleurs
L'exemplaire

LA PROTHÈSE DE HANCHE

-  - «LA PROTHÈSE DE HANCHE» 15 Bef /2,60 FF
Dépliant, 1 couleur. L'exemplaire

CREATIONS DE L'ASSOCIATION «SPARADRAP» - FRANCE

-  - «L'ACCUEIL DE L'ENFANT À L'HÔPITAL»
-  - «JE VAIS ME FAIRE OPÉRER.» «ALORS ON VA T'ENDORMIR» 30 Bef
Brochure, quadrichromie, 16 pages 250 Bef
L'exemplaire 1.100 Bef
10 exemplaires 2.000 Bef
50 exemplaires 4.000 Bef
100 exemplaires
-  - «JE VAIS ME FAIRE OPÉRER DES AMYGDALES OU DES VÉGÉTATIONS» 30 Bef
Brochure, quadrichromie, 16 pages 250 Bef
L'exemplaire 1.100 Bef
10 exemplaires 2.000 Bef
50 exemplaires 4.000 Bef
100 exemplaires

LE PARKINSON

-  - «PARKINSON» 45 Bef /8 FF
Brochure, 2 couleurs
avec fiche «LE SUIVI DE VOTRE TRAITEMENT»
Versions française, néerlandaise
L'ensemble

CULTURE ET ENFANT À L'HÔPITAL

-  - «LES CAHIERS DAJEP» 150 Bef /26 FF
n° 27, septembre 1996
Brochure, 1 couleur, 100 pages
L'exemplaire

-  - «LE CERTIFICAT DE BRAVOURE» 800 Bef
Fiche, format A5, quadrichromie 3.500 Bef
100 exemplaires 6.000 Bef
500 exemplaires
1.000 exemplaires

Le Centre d'Education du Patient diffuse ces outils en Belgique.

Pour les autres pays, veuillez vous adresser directement à

l'Association «SPARADRAP»
92, Boulevard Diderot
75012 PARIS
Tél : ++33(0)1/43 45 30 90
Fax : ++33(0)1/43 45 04 06



Le CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT

est une asbl spécialisée en Education du Patient, reconnue et subventionnée par la Communauté française de Belgique

4, rue Fond de la Biche
B - 5530 GODINNE (YVOIR)
Tél. : ++32(0)82/ 61 46 11
Fax : ++32(0)82/ 61 46 25

POUR RECEVOIR NOS OUTILS ET/OU LE BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT, IL VOUS SUFFIT...

...de compléter le talon ci-dessous et de nous le renvoyer. Vous effectuez le paiement (majoré des frais de port) après réception de la commande.

Pour les commandes provenant de France, le paiement peut être effectué en francs français.

DEMANDE D'ACQUISITION D'OUTILS

- exemplaire(s) de.....
- exemplaire(s) de.....
- exemplaire(s) de.....

Adresse où votre commande doit être adressée : (professionnelle / privée)(*)

Nom, prénom :

Institution :

Rue : n° :

Code postal : Localité :

Pays :

Tél. (professionnel / privé)(*) :

Fax (professionnel / privé)(*) :

Adresse où la facture doit être adressée :

Nom, prénom :

Institution :

Rue : n° :

Code postal : Localité :

Pays :

VOTRE LIEU D'ACTIVITÉ

Nom de l'institution :

Rue : n° :

Code postal : Localité :

Pays :

Profession ou fonction :

Date Signature

(*) biffez la (ou les) mention(s) inutile(s)

Talon à compléter et à renvoyer au : CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT

4, Rue Fond de la Biche Tél. : ++ 32 (0)82 61 46 11
B 5530 Godinne - Belgique Fax : ++ 32 (0)82 61 46 25

(*) Frais de transcoding en SECAM - NTSC en sus.