

Le CeLOPS remplit les missions suivantes:

- collaborer au recueil de données épidémiologiques en vue d'établir des tableaux de bord sur l'état de santé de la population;

- promouvoir et impulser des recherches avec le concours des institutions et services des départements ainsi que des citoyens, en vue d'améliorer le système de santé;

- à partir des indicateurs de santé de la population, donner des avis, d'initiative ou sur demande, aux autorités publiques et aux décideurs politiques sur les mesures prises ou à prendre en vue de promouvoir le bien-être de la population;

- élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, respectant les directives du programme quinquennal;

- coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais de la population ou les publics cibles, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du plan communautaire de promotion de la santé.

Dans le cadre de ses **activités d'observation**, le CeLOPS souhaite procéder au recrutement d'un **chargé de recherche** dont la mission essentielle sera de contribuer à l'élaboration d'un **tableau de bord de la santé en province de Namur**. Ce document vise à réaliser une photographie permanente de l'état de santé des populations de notre province par l'intermédiaire de récoltes de données socio-sanitaires et épidémiologiques, de leur traitement et de leur analyse statistique.

Dès lors, le *profil souhaité (m/f)* est le suivant:

Formation

Licencié(e) en santé publique, et/ou démographe, économiste de la santé, psycho-sociologue, statisticien(n)e. Des connaissances en épidémiologie et une expérience dans le domaine de la recherche sont un atout. Maîtrise indispensable de l'outil informatique: connaissance des logiciels de type SAS, EPI INFO, Access, Word, Excel,... Maîtrise des méthodes statistiques et des méthodes de recherche dans le domaine de la santé.

Aptitude à développer et à gérer des réseaux de collectes de données avec des professionnels de la santé. Une connaissance de l'anglais est un atout.

Qualités personnelles

Sociable, apte à travailler en équipe, dynamique, ayant de la rigueur scientifique et le sens de la négociation et de l'écoute.

Divers

Posséder le permis B et une voiture, lieu de travail possible à Bambois, réunions en soirée.

Fonctions

Contribuer à l'élaboration d'un tableau de bord de la santé, ce qui suppose:

- le développement, le traitement statistique et le suivi de réseaux de collectes de données socio-sanitaires, des recherches quantitatives et épidémiologiques, en collaboration avec les acteurs de terrain, les experts et l'équipe permanente;

- le développement de partenariats locaux en matière d'observation;

- l'apport d'un support scientifique/relais pour les partenaires de l'asbl;

- le travail en équipe en étroite collaboration avec la direction et les permanents;

- une formation personnelle continue;

- l'adhésion à la philosophie du CeLOPS et son application;

- une recherche continue des méthodes statistiques les plus adéquates;

- la rédaction de rapports et la présentation de l'état d'avancement des travaux (aux instances du CeLOPS et autres).

Modalités de recrutement et de sélection

Une lettre de motivation et un CV sont à envoyer au Président de l'asbl pour le 15 décembre 1999 au plus tard.

Cette lettre devra témoigner de l'intérêt porté par le candidat à l'objet social du CeLOPS en général, à la fonction qui l'attend en particulier.

Un entretien d'embauche permettant de préciser les compétences et l'intérêt des candidats sera proposé aux personnes retenues.

Barème

Niveau A1, statut d'agent provincial temporaire

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.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous:

Maryse Van Audenhaege.

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nathalie da Costa Maya, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geraets, Christian Grégoir, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Véronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure: Prepress Logistique ANMC.

Impression: Sofadi.

Tirage: 2.700 exemplaires.

Diffusion: 2.500 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Documentation consultable sur rendez-vous pris au (02) 246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles. Tél.: (02) 246 48 53. Fax: (02) 243 20 49.

E-mail: education.sante@mc.be.

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



Education Santé



PHOTO : C. DELVAULX

Initiatives

'La vie devant nous'

Une publication destinée aux invalides

Les nouveaux invalides représentent, parmi les affiliés des mutualités, un public fragilisé. La Mutualité chrétienne a le souci d'améliorer l'information de ce public prioritaire, et ce dans les premiers mois du passage à ce nouveau statut souvent mal vécu.

Cette volonté s'inscrit dans la perspective stratégique d'accorder une attention accrue et un soutien renforcé aux plus vulnérables de ses membres.

Historique

En 1992, une enquête qualitative auprès d'invalides membres de l'Association chrétienne des invalides et handicapés a permis de mieux cerner la perception que

ces personnes ont de leur statut et de leur situation sur différents plans: rupture avec le milieu de travail, interventions de professionnels de l'aide sociale, relations familiales, problèmes liés à la perte de revenus, sentiments personnels, réorganisation de l'existence au quotidien,...

D'autre part, dans l'éventail des publications de la Mutualité chrétienne et de ses mouvements, il n'en existe pas de spécifique à ce public particulier. Il est pourtant vraisemblable que ces personnes fragilisées pourraient tirer profit d'une information adaptée à leur nouvelle situation, si cette information leur est fournie au moment opportun.

Ces constatations sont à l'origine de 'La vie devant nous'.

Un numéro test de cette publication a été diffusé parmi les nouveaux invalides et les

collaborateurs professionnels des mutualités chrétiennes dans le courant du 1er semestre 1998. L'évaluation de ce numéro 0, réalisée en mai 1998, a été largement positive et a confirmé l'hypothèse de l'utilité d'une démarche de ce genre.

Le journal 'La vie devant nous' est donc devenu réalité en cette année 99.

Contenu

Cette publication vise plusieurs objectifs:

- témoigner concrètement de l'intérêt que la Mutualité chrétienne porte à ses nouveaux invalides;

- donner aux nouveaux invalides une information complète, claire et précise concernant leur statut, leurs droits, leurs revenus, les possibilités de réadaptation professionnelle,...

- leur fournir également des informations utiles sur leur santé en fonction de leurs pathologies;
- leur apporter un soutien "moral" durant une période difficile à vivre;
- leur permettre de se resituer dans la vie sociale et leur proposer des lieux de participation et d'engagement, notamment dans les mouvements proches de la Mutualité chrétienne.



Qu'en pensent-ils?

"Chaque cas est différent, mais le fond du problème est le même pour tous. C'est bon pour le moral de comprendre qu'on n'est pas un cas unique."

(un invalide)

"Les témoignages montrent que les invalides de mutuelle ont un grand besoin de contacts, de communication."

(un collaborateur)

"On nous montre nos problèmes avec objectivité et on nous donne une meilleure connaissance de nos droits. Merci!"

(un invalide)

Concrètement

Nous avons choisi un découpage de l'information inspiré du 'Journal de votre enfant' de la Ligue des familles. En clair, il y a au total quatre numéros de 'La vie devant nous', contenant des informations pratiques, légales, administratives sur l'invalidité, complétées de témoignages d'invalides et d'interviews de professionnels en contact avec eux.

Qui reçoit la publication? Les affiliés à partir du dixième mois d'incapacité primaire et pendant la première année d'invalidité. Cela représente chaque année environ

3000 personnes pour la Mutualité chrétienne en Communauté française de Belgique.

Le caractère parfois sévère de l'information est atténué par le recours à la quadrichromie, et les textes sont illustrés de nombreuses photos.

Au-delà du papier

La réalisation de ce trimestriel pourra peut-être contribuer à la construction d'un véritable projet de promotion de la santé avec et au profit des invalides de mutuelle. Des initiatives en ce sens existent déjà, notamment des rencontres d'invalides leur permettant de sortir au moins temporairement de leur isolement. Espérons qu'elles pourront être renforcées par la dynamique inspirée par le contexte de la publication.

Bernadette Taeymans,
Infor Santé ANMC

Pour tout renseignement:
Bernadette Taeymans, Infor Santé - ANMC,
chaussée de Haecht 579 boîte postale 40,
1031 Bruxelles.
E-mail: bernadette.taeymans@mc.be ■

Vaincre la violence à l'école

Le problème est lancinant, et de moins en moins tabou. Dès son entrée en fonction, le Ministre de l'Enseignement secondaire, des Arts et des Lettres, Pierre Hazette, a marqué son intention de faire de cette grave question une de ses priorités.

Ce souci s'est concrétisé rapidement par la présentation aux directeurs d'écoles d'un guide relatif à la 'Prévention des violences en milieu scolaire'.

Dans l'introduction du document, trois convictions sont affirmées avec force:

"- aucune école ne peut prétendre échapper aux phénomènes de violence, même si, actuellement, certaines d'entre elles sont quantitativement plus touchées que d'autres;

- prévenir ces phénomènes passe avant tout par le renforcement systématique des actions à portée éducative au sein même des établissements;

- mais l'école ne peut et ne doit répondre seule à ces phénomènes qualifiés de violents: elle doit pouvoir établir ou renforcer des contacts avec des partenaires locaux aptes à prendre en charge conjointement ou non les problèmes rencontrés."

Plus loin, il est rappelé que 'toute sanction

(sancire = établir la loi), toute mesure visant un élève et prise consécutivement à une transgression de la règle - que cette mesure soit interne et d'ordre disciplinaire ou judiciaire - doit avant tout conserver une fonction d'éducation à la responsabilité et au respect des autres.'

Malgré cette pétition de principe, et l'usage du terme 'prévention' dans le titre du document, il ne porte pas vraiment sur une approche éducative, puisque la majeure partie (18 pages sur 25) est consacrée à la description de phénomènes de violence. Pour chacun d'entre eux, la qualification pénale est précisée, et la conduite à tenir vis-à-vis de l'auteur des faits, de la victime, et de l'établissement scolaire est décrite.

Les dix types de violence abordés sont:

- port ou transport d'armes ou d'objets dangereux;
- dégradations;
- intrusions;
- menaces;
- racket à l'intérieur ou aux abords de l'école;
- stupéfiants (consommation à l'intérieur de l'établissement, trafic à la sortie de l'école, soupçons de trafic dans l'école,

découverte d'un trafic au sein de l'établissement);

- violences physiques (entre élèves, d'élèves sur un ou des membres du personnel, d'un membre du personnel sur un élève);
- violences sexuelles (par un ou plusieurs élèves, par un ascendant ou une personne ayant autorité);
- violences verbales portant atteinte à l'honneur ou à la considération des personnes;
- vol ou tentative de vol.

Sans nier le souci du ministre de conserver un caractère 'pédagogique' à l'approche du phénomène de la violence en milieu scolaire, force est donc de constater que l'accent est mis en priorité sur la dénonciation et une collaboration active avec les forces de l'ordre et l'appareil judiciaire.

Est-ce une bonne manière d'appréhender le problème? Qu'en pensent les directions d'écoles? Et les élèves? Et les intervenants 'santé' dans les établissements?

La balle est dans leur camp...

Prévention des violences en milieu scolaire,
Cabinet du Ministre de l'Enseignement secondaire, des Arts et des Lettres, Bd du Régent 37-40, 1000 Bruxelles. ■

demandes émanant des relais de documentation en promotion de la santé, l'Unité d'éducation pour la santé RESO/UCL et son Service de documentation RESOdoc, proposent une série de modules de formation pratique

- à la gestion de la documentation,
- au traitement documentaire et informatique,
- à la recherche documentaire sur des bases de données et sur l'Internet.

L'objectif de ces formations est de permettre à un maximum de relais, en documentation ou en promotion de la santé, d'être autonomes quant à la gestion de leur propre documentation ainsi que lors de leurs recherches documentaires.

Le programme est ouvert et sera complété, modifié ou adapté en fonction de la demande ou des besoins des relais.

D'un point de vue pratique, les formations sont prévues pendant une demi-journée les vendredis matin. Chaque module comporte une partie théorique et une partie d'exercices pratiques éventuellement sur ordinateur.

Ces formations sont gratuites, chacun doit prévoir son repas de midi (plusieurs possibilités sur le site de Woluwé: repas au Resto '80, sandwiches, etc.).

Le programme est composé en fonction des demandes, chacun s'inscrit à la journée souhaitée, les groupes ne peuvent pas dépasser 10 personnes quand des ordinateurs sont nécessaires pour les exercices pratiques. S'il y a trop d'inscriptions, de nouvelles séances seront organisées.

Local: rendez-vous à RESOdoc le vendredi matin à 9h30.

Le bulletin d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante: RESOdoc-UCL, Maria Antonia Bertrand Baschwitz, Centre faculté nv. -1, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles.

Bulletin

Nom:.....
Prénom:.....
Adresse:.....
Code postal:.....
Localité:.....
Tél.:.....
Fax:.....
Email:.....

Vendredi 14 janvier 2000
(groupe de maximum 25 personnes)
Public visé: documentalistes ou chargés de la documentation

Initiation à la documentation

- Objectifs
 - Bibliothèques et centres de documentation: rôle du documentaliste
 - Document et sources documentaires: contenu, support, type de document...
 - Bibliographie et référence bibliographique.
- Exercices pratiques sur des documents et correction en groupe.

Vendredi 28 janvier 2000

(groupe de maximum 10 personnes)
Public visé: utilisateurs de TEXTOWin

TEXTO

Réalisation d'une application TEXTO (création d'une BDD, un fichier, catalogue, gestion des prêts, etc.)

Vendredi 11 février et 25 février 2000

(il s'agit du même module, groupe de maximum 10 personnes à chaque fois)
Public visé: relais en promotion de la santé et documentalistes

Recherche documentaire

- La recherche documentaire: formulation d'équations de recherche, opérateurs booléens,...
- Les bases/banques de données
- L'emploi des index ou du thesaurus
- Les réseaux, l'Internet

Vendredi 17 mars 2000

(groupe de maximum 20 personnes)
Public visé: documentaliste ou "faisant fonction"

- Traitement documentaire
- Le langage documentaire
- Les classements et les outils de traitement documentaire (listes, thesaurus, etc.)
- Indexation des documents
- Exercices pratiques d'indexation avec thesaurus.

à renvoyer avant le 05/01/2000

- Je souhaite m'inscrire au(x) module(s) de formation suivant(s):
- 14-01-2000: Initiation à la documentation
 - 28-01-2000: Application TEXTO
 - 11-02-2000: Recherche documentaire
 - 25-02-2000: Recherche documentaire
 - (même chose que le 11 février)
 - 17-03-2000: Indexation documentaire

Vous recevrez confirmation de votre inscription.

Midis à l'école Havré

27 janvier 2000

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut propose une rencontre avec Madame **Cristine Deliens**, sur le thème En route pour des Midis à l'école plus agréables: le projet et son évolution (de 12 à 14 heures, une collation santé est prévue après la discussion, ce qui s'impose vu le sujet!).

Renseignements et inscriptions (limitées): Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1 2e étage, 7021 Havré, tél. (065) 87 96 04 ou 05, fax (065) 87 96 79, e-mail: observatoire.sante.hainaut@skynet.be.

Santé mentale Québec

18 au 22 avril 2000

1er Congrès international de la francophonie en prévention du suicide.

Renseignements: Association québécoise de suicidologie, 800 Saint-Joseph est, Montréal (Québec) Canada, H2J 1K4, tél. (514) 528-5858, fax (514) 528-0958, e-mail: suicide@cam.org, site internet du congrès: <http://www.cam.org/~suicide>.

Education affective et sexuelle

La Fédération laïque de centres de planning familial publie son programme de promotion de l'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire. Au sommaire des activités proposées: des journées de réflexion L'éducation affective et sexuelle à l'école: pourquoi? Comment?; des modules de formation à l'animation en éducation affective et sexuelle; des formations aux techniques Drama; des formations à l'utilisation de l'outil Mixados; des aides à la construction de projets en éducation affective et sexuelle à l'école.

Pour tout renseignement sur ce programme: Fédération laïque de centres de planning familial, Françoise Brouhon et Nancy Peltier, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles, tél. (02) 502 82 03, fax (02) 502 56 13, e-mail: ffbpfes@skynet.be.

Emploi - offre

Le **Centre local d'observation et de promotion de la santé (CeLOPS)** est une asbl dont le siège social est situé rue Martine Bourtonbourt 2 à 5000 Namur. Cette asbl est agréée par la Communauté française.

Bulletin de commande

Nom:
Prénom:
Adresse:
Code postal:
Localité:
Tél.:
Fax:
Email:

Je souhaiterais recevoir:
..... exemplaire(s) en français
..... exemplaire(s) en néerlandais
..... exemplaire(s) en anglais
..... exemplaire(s) en allemand
..... cédérom

Le "chercheur de documents" (= usager du système) lors de sa recherche documentaire doit sélectionner une série de mots-clés, qui feront l'objet de sa question. Ces mots-clés devront être traduits en descripteurs du thésaurus et seront dès lors compatibles avec la base ou banque de données interrogée.

Les principaux utilisateurs seront les gestionnaires des bases ou banques de données, les bibliothécaires et les documentalistes, les chercheurs, les enseignants, les étudiants, les travailleurs psychosociaux, les intervenants, le public spécifique et en général toute personne cherchant des informations sur les domaines relatifs à l'infection VIH et au sida.

Elaboration

Ce projet a été piloté par un groupe de travail composé de documentalistes et de spécialistes de l'information sur le sida travaillant dans les centres suivants:

- AIDS-Info, Odense, Danemark;
- Association canadienne de santé publique, Ottawa;
- Bureau of Hygiene and Tropical Diseases, Londres;
- CRIPS, Paris (coordination du projet);
- NISSO, Utrecht, Pays-Bas;
- RESOdoc-UCL, Bruxelles (expertise);
- SIDA-STUDI, Barcelone, Espagne.

Le domaine médical a été couvert par une équipe de médecins cliniciens et de médecins de santé publique et les domaines virologie et immunologie par des spécialistes de ces disciplines.

Structure

Le thésaurus se présente dans chacune des versions linguistiques sous les formes suivantes:

- liste alphabétique structurée;
- liste hiérarchique par microthésaurus;
- lexique permuté.

La liste **alphabétique structurée** complète de descripteurs et non-descripteurs est présentée avec l'indication de relations sémantiques entre les termes. Elle fait environ 200 pages.

Pour faciliter son utilisation d'autres présentations viennent la compléter:

- la **liste hiérarchique** par micro-thésaurus (ou domaines), qui présente le champ sémantique couvert selon une logique hiérarchique,

- la **liste de termes permutés** (descripteurs et non-descripteurs) qui permet le repérage rapide des termes homonymes ou ayant une origine étymologique proche, ainsi que la perception des concepts plus précis du thésaurus.

Le document comprend aussi un thésaurus géographique et une liste du réseau institutionnel et associatif de six pays.

Chaque langue est identifiée par un indicateur de langue: D (allemand), E (anglais), F (français), I (italien), N (néerlandais), P (portugais), S (espagnol).

Diffusion

Autant le thésaurus que le cédérom avec la base de données sont disponibles gratuitement à RESOdoc-UCL, seuls les frais de port (150 F par volume commandé) étant dus.

Pour obtenir un ou plusieurs exemplaires de ce thésaurus et du cédérom: RESOdoc-UCL, Maria Antonia Bertrand Baschwitz, Centre faculté nv. -1, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. (02) 764 50 37. Fax (02) 764 50 74. Email: bertrand@reso.ucl.ac.be

Inscription: 2.500 francs (61,97 euros) pour la totalité du forum, 1000 francs (24,79 euros) pour la journée du jeudi 9 ou du vendredi 10, ou 750 francs (18,59 euros) pour la matinée du 11/12.

Renseignements: Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, rue du Président 53, 1050 Bruxelles, tél. (02) 511 55 43 (du lundi au vendredi de 9 à 17 heures), fax (02) 511 52 76.

Formation à la documentation Bruxelles

2000

Dans le cadre du Service communautaire de promotion de la santé et suite à des

Un combat pour la vie

Devenir répondant bénévole au Centre de prévention du suicide

Le Centre de prévention du suicide lance pour cette rentrée une campagne de recrutement de bénévoles "Devenez répondant bénévole - Un homme existe lorsque sa voix est écoutée".

Les bénévoles ont, en effet, un rôle extrêmement important dans cette lutte qui nous concerne tous. 24h/24 ils se relayent au téléphone et aident, dans l'anonymat, des personnes en détresse à dépasser un moment de crise ou un moment difficile. Il y a aussi la famille, les amis attentifs qui appellent pour essayer d'y voir plus clair par rapport aux difficultés que leurs proches traversent.

Le mal de vivre

Depuis octobre 1998, le Centre de prévention du suicide possède un numéro d'appel gratuit, le 0800 32123. Ce numéro permet à tous, même aux plus démunis et aux plus éloignés de Bruxelles, d'accéder à ce service.

En un an, le nombre d'appels a presque doublé mais le nombre de bénévoles, lui, est resté stationnaire. Il est donc nécessaire, même vital, d'accroître le nombre de bénévoles répondants. Vital pour les appelants mais aussi pour l'équipe de bénévoles actuelle submergée par le nombre d'appels (1500 appels par mois environ).

Jamais le développement des moyens de communication n'a été aussi fort et jamais la communication réelle entre les per-

sonnes n'a été aussi pauvre. On observe dans nos sociétés occidentales industrialisées une augmentation sensible des personnes seules. Seules au point qu'elles n'ont plus personne à qui parler, et que le seul moyen pour elles de communiquer avec quelqu'un est ce type de ligne d'appel.

En Belgique, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes entre 15 et 24 ans, la première cause de décès chez les jeunes adultes entre 25 et 34 ans et la première cause chez les adultes entre 35 et 44 ans. Une enquête réalisée dans les écoles secondaires de la région bruxelloise indique que 8% des 12-19 ans auraient déjà tenté de mettre fin à leurs jours, alors qu'un tiers y auraient déjà pensé. Il ne faut pas non plus oublier l'importance du phénomène chez les personnes âgées.

Chaque année, environ 2.000 personnes se suicident et plus de 20.000 tentent de se suicider.

Il est prouvé que la plupart des personnes qui projettent de se suicider ont, au moins une fois, le désir de communiquer verbalement ou non leur mal-être. A ce moment précis, la personne doit savoir que le Centre existe et qu'elle peut téléphoner. Parfois, il suffit d'une oreille attentive pour éviter le pire...

On constate que la Grande-Bretagne a un des taux de suicide les plus bas d'Europe. Sans pouvoir déterminer les raisons précises de cette situation, il convient, toutefois, de signaler l'importance de l'action de quelque 22.000 bénévoles dans le cadre de la prévention du suicide. Disponibilité, écoute et non jugement sont les mots-clés de tous ces répondants, hommes ou femmes, de tous âges, de

toutes cultures, de tous milieux, athées ou croyants.

Etre celui qui écoute

Pour enrayer ce mal qui concerne de près ou de loin toute la population, le Centre de prévention du suicide invite chacun à diffuser son numéro d'appel gratuit, le 0800 32123, à conscientiser son entourage, et à devenir répondant si son emploi du temps le lui permet et si cette problématique l'interpelle. Patience, tolérance, humanité sont parmi les principales qualités requises. Pour le reste, le Centre assure une formation à l'écoute de 3 mois à raison de 4 heures par semaine.

Après la formation et une période de stage, les candidats deviennent répondants effectifs et assurent une permanence téléphonique de 16 heures par mois.

Les témoignages des bénévoles en disent long sur la richesse et l'importance de leur travail. Devenir bénévole au Centre, c'est créer un espace et un temps privilégié qui permet l'écoute et une communication authentique. "Avec sa problématique, celui que nous écoutons nous remet en question et permet de voir où nous en sommes nous-mêmes", explique un bénévole.

Loin du morbide et de la fatalité, mais avec une conscience vigilante des limites, les mots prévention du suicide signifient aussi combat pour la vie, pour le sens de toute existence et pour une certaine forme de solidarité.

Toute personne intéressée peut téléphoner au secrétariat: 02/640 51 56, demander un dépliant pour les bénévoles ou un rendez-vous d'information. ■

Brèves

Personne âgée Bruxelles

9 au 11 décembre 1999

Dans le cadre de l'année internationale des personnes âgées, la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale organise, en collaboration avec la Coordination "Personnes âgées", un Forum européen sur le thème "Personnes âgées: l'origine de notre avenir. Ce forum sera le carrefour des rencontres entre professionnels de la santé mentale et bénévoles de milieux associatifs travaillant au contact des personnes âgées à Bruxelles et en Europe.

Si les matinées des 9 et 10 décembre seront consacrées l'une à une vision socio-

logique et l'autre à une approche plus clinique, les après-midis seront, quant à elles, rythmées par des ateliers, des espaces permanents occupés par un éventail d'associations en lien avec les personnes âgées, et des séances plénières entre théâtre et rencontre d'une "vieillesse immigrée".

La matinée du 11 décembre clôturera cette manifestation par un panel européen où sera questionnée la place des personnes âgées dans la nouvelle Europe sociale à construire.

Lieu: Maison des associations internationales, rue de Washington 40, 1050 Bruxelles.

Tabagisme et grossesse

La FARES (Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé) s'est impliquée dans le projet 'European actions on smoking cessation in pregnancy. A need assessment' (détermination des besoins concernant les actions européennes en matière de grossesse et sevrage tabagique).

Dans ce cadre, un état des lieux du tabagisme chez la femme enceinte et chez les parents d'enfants en bas âge en Communauté française a été rédigé. Il fournit des

données statistiques récentes et expose les stratégies exploitées jusqu'à présent afin de réduire le tabagisme des jeunes et/ou futurs parents au sein de notre Communauté.

Afin de relayer au mieux les informations auprès des professionnels de santé assurant le suivi de la femme enceinte et de son enfant, une édition spéciale européenne de la lettre d'information 'Naître et grandir sans tabac' a été envoyée courant octobre à tous les gynécologues, pédiatres et consultations ONE de la Com-

munauté française. Cet outil de communication fournira à chacun de ces acteurs des conseils et recommandations pratiques pour s'impliquer efficacement dans une démarche de sensibilisation et d'accompagnement du sevrage tabagique de la jeune ou future maman.

Cet outil est également disponible sur internet à l'adresse suivante: www.fares.be.

Pour plus d'informations: Bérengère Janssen, Section tabac de la FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: (02) 512 29 36. Fax: (02) 512 32 73. ■

Cigarette: les jeunes peuvent dire oui

Malgré les vicissitudes récentes dont elle a été victime (voir l'article 'L'arrêt Ecclestone', par Luk Joossens, dans notre numéro précédent), la loi belge interdisant la publicité pour le tabac est bien toujours en vigueur dans notre pays.

Une campagne d'affichage grand format vient d'avoir lieu, dont le message explicite est clair. S'adressant à des jeunes adolescents, l'affiche leur dit qu'il n'est pas nécessaire de fumer pour être dans

le coup, pour s'affirmer. Le visuel est attractif, l'interpellation des ados est spectaculaire, bref on se réjouit de voir les panneaux d'affichage de nos cités afficher pour une fois un slogan à caractère éducatif.

La signature discrète de l'affiche nous indique que l'émetteur est le Centre d'information et de documentation sur le tabac, une asbl liée à Fedetab, c'est-à-dire au secteur du tabac.

A en croire les auteurs de la campagne, leur motivation est dénuée de toute arrière-pensée mercantile, est 'citoyenne', pour utiliser un qualificatif qui fait florès



aujourd'hui. En effet, selon les industriels, fumer doit être la décision d'adultes sachant ce qu'ils font et conscients des risques qu'ils font courir à leur santé. Les jeunes ne devraient donc pas fumer. D'où cette mise en garde affirmant que jeune âge et tabac ne font pas bon ménage.

On est triste pour l'industrie du tabac, qui en arrive ainsi à communiquer contre son propre intérêt. En effet, considérant le nombre important de fumeurs adultes qui cherchent à arrêter de fumer, et qui réussissent, il est indispensable de remplacer cette clientèle perdue par de nouveaux 'ac-

cros' dont on espère qu'ils fumeront le plus longtemps possible. Ce n'est pas en dénigrant le tabac auprès de ce public que cet objectif sera atteint.

Ou alors, il faut croire que c'est en réalité une astuce pour mettre l'équation ado = tabac à l'agenda, et que la campagne doit plutôt se lire comme une publicité générique pour la cigarette, une publicité très bien étudiée (l'affiche a été testée auprès d'un échantillon de la cible), et particulièrement diabolique, puisqu'elle détourne l'interdit

légal pour la publicité en prenant l'apparence de la prévention.

De plus, les quatre modèles sont suffisamment jeunes pour que les ados qui voient l'affiche les rejettent, et s'estiment mûrs pour franchir le pas et commencer à fumer. Ce serait en quelque sorte une variation sur le thème de 'la St-Michel, pas pour des gamins', dont certains d'entre vous se souviennent peut-être.

C'est très malin et très immoral, et si les autorités n'y mettent pas le holà, pourquoi se gêner?

C.D.B. ■

MSF Canada et la gestion du stress

Médecins sans frontières est une organisation médicale d'urgence. La section canadienne envoie à l'étranger des volontaires qui sont souvent confrontés à des événements sortant de l'ordinaire, parfois soudains et imprévus. L'état de stress qui en résulte s'aggrave parfois à la suite de conflits nés au sein de l'équipe, d'une quantité accrue de travail, de la perte de certains idéaux...

Les volontaires qui reviennent de missions humanitaires se trouvent souvent submergés de pensées, d'idées, de souvenirs, de remises en question... Par conséquent beaucoup d'entre eux ressentent le besoin d'en parler avec des personnes qui ont vécu une situation plus ou moins similaire.

Un réseau de soutien mutuel a été fondé

dans le but d'offrir une aide personnelle à tous les volontaires qui reviennent de mission humanitaire avec Médecins sans frontières.

Ce service est totalement confidentiel. Il fonctionne indépendamment du bureau de gestion de MSF Canada. Il se compose essentiellement d'anciens expatriés bénévoles qui ont suivi une formation de base en "gestion du stress" et qui sont prêts à écouter les volontaires de retour de mission.

Le principal objectif du Réseau est d'apporter une aide émotionnelle personnalisée aux volontaires de retour de mission. Ainsi chacun est jumelé à un ancien expatrié de sa région, qui a reçu une formation préalable. Ce service d'aide est principalement effectué par une écoute active.

Le Réseau est également responsable d'informer les volontaires avant leur départ en mission, notamment de les informer du type de réactions qu'ils pourraient avoir dans des situations difficiles.

Actuellement, un processus d'évaluation formative est en cours. Dans ce cadre, nous sommes à la recherche d'information sur la gestion du stress et nous aimerions partager notre expérience avec d'autres associations qui ont une démarche équivalente à la nôtre.

Pour plus d'information et échanger des idées:

Etienne van Steenberghe (Coordination PS Network) - 294 Carré St Louis # 104, Montréal (Qc), Canada H1Y 2Z9, télécopieur: (001) 514 845 3707, courriel: evansteenbergh@msf.ca. ■

Bon usage des drogues



Modus Vivendi est une asbl qui s'est donné pour mission toute action visant la réduction de risques liés à l'usage de drogues. Dans cette optique, Modus Vivendi coordonne depuis 1998 avec le soutien de la Communauté française un projet de développement de matériel d'information, en partenariat avec Citadelle (Tournai), Infor-Drogues (Bruxelles), la Liaison anti-prohibitionniste (Bruxelles), le Centre Alfa (Liège) et Prospective Jeunesse (Bruxelles).

Ce projet vise, d'une part, à diffuser sans jugement moral une information sérieuse sur des produits psychotropes dont la consommation est de plus en plus répandue et, d'autre part, à prévenir et réduire les risques liés à l'usage de ces produits pour ceux qui décident malgré tout d'en consommer.

Cette information se présente sous la forme d'un mini-carnet (format de poche) d'une quarantaine de pages et reprend des données sur les produits et leurs effets, les dangers qu'ils font courir, notamment en association avec d'autres substances, les précautions à prendre en cas de consommation, la procédure pour agir en cas d'urgence.

Les sujets disponibles sont:

- drogues psychédéliques (LSD et champignons psilocybes);
- cannabis, herbe et haschisch;
- amphétamine et speed;
- XTC.

Ces brochures sont majoritairement destinées aux consommateurs et à leurs proches ainsi qu'à toute personne en contact avec des consommateurs. Elles peuvent être obtenues gratuitement auprès du Centre local de promotion de la santé de votre région.

Pour tout renseignement complémentaire: Modus Vivendi, rue de Haerne 51, 1040 Bruxelles. Tél.: (02) 644 22 00. Fax: (02) 644 21 81. E-mail: modus.vivendi@skynet.be. d'après un communiqué de Modus Vivendi

Un petit commentaire

On ne peut qu'adhérer à une approche pragmatique de la prévention des toxicomanies, qui intègre une bonne connaissance des consommateurs, et qui cherche à s'adapter à une réalité pour en diminuer les inconvénients sur le plan individuel et collectif.

Il n'empêche qu'on ressent un léger malaise (les effets du manque, déjà?) à la lecture de ces 'modes d'emploi' très bien conçus et très attractifs sur le plan graphique (à l'exception de celui sur l'xtc). Malgré la mise en garde explicite de chacune des brochures ('Le but de ce document n'est pas d'encourager ou de décourager la consommation de ces substances, mais de donner une information correcte et détaillée pour un usage à moindre risque'), on a l'impression de lire la notice de médicaments, qui, sans nier les effets secondaires et contre-indications, n'en est pas moins faite pour faciliter la consommation. Et les notices de médicaments sont rarement aussi agréables à consulter que les documents de Modus Vivendi...

Documentation

Un thésaurus européen sur le sida

Un nouvel outil d'analyse et de recherche documentaire est disponible depuis peu. Ce thésaurus européen sur le sida et l'infection à VIH couvre tous les domaines s'y rapportant comme les aspects liés aux sciences humaines et sociales, à la santé publique, les aspects médicaux, les aspects liés à la recherche.

Pour rappel, un thésaurus est un vocabulaire contrôlé de termes choisis, utilisés pour représenter sous forme condensée le contenu des documents.

Multilingue (français, anglais, allemand, danois, espagnol, grec, italien, néerlandais et portugais), ce thésaurus est distribué en Belgique en français, néerlandais, allemand et anglais; mais si vous le souhaitez dans

une autre langue, il vous est possible de vous le procurer.

Objectifs

Ce thésaurus est destiné à harmoniser le traitement documentaire de tous types de documents (articles, dossiers, rapports, études, avis, communiqués de presse, brochures d'information, affiches, cassettes audio et audiovisuelles, kits pédagogiques, etc.), concernant les domaines du sida (éthique, économie, aspects psychosociaux, prévention, thérapeutique, prise en charge, recherche, etc.) et servira de langage commun d'indexation et de recherche à une base de données. En effet, parallèlement à ce thésaurus, une base de données bibliographiques de littérature grise sur le sida en Europe a

été constituée. Elle s'appelle EDOA et est consultable à l'adresse www.edoa.org.

En résumé, le but de ce thésaurus est de faciliter le travail des documentalistes mais aussi des "chercheurs de documents". Avec ce thésaurus vous pourrez interroger la base de données européenne sans problème en ayant un maximum de réponses pertinentes.

Le documentaliste, lorsqu'il analyse la documentation, doit parvenir à sélectionner les documents les plus pertinents possibles, tout en tenant compte des diverses approches par les usagers du système. Par ailleurs, pour arriver à définir ces "accès pertinents", il doit traduire les concepts présentés par les auteurs en termes contrôlés du thésaurus (= descripteurs).

offre de service, coordonner les expertises techniques et rendre possible une action sur les rapports de force et les conflits d'intérêts. Ce n'est pas peu dire et cela nécessite des conditions de travail spécifiques dont, par exemple, avoir un mandat précis garantissant un consensus interne dans l'institution qui l'emploie, disposer de suffisamment de zones d'initiatives pour encadrer l'action au rythme de celle-ci et non au rythme des lenteurs bureaucratiques, disposer d'une possibilité d'investissement à moyen et long terme, étant donné que l'action communautaire ne peut se dérouler dans le court terme.

Ce rôle nécessite également des compétences spécifiques dans des domaines tels que l'animation de groupe, la rédaction de documents pédagogiques et de notes sur le projet et son évolution, des méthodes d'analyse institutionnelle et sociologique, la coordination d'un dispositif incluant différents types d'acteurs.

Quelques repères pour l'évaluation

L'évaluation d'une action communautaire implique de parcourir simultanément plusieurs champs d'investigation.

L'évaluation par rapport aux objectifs, tout d'abord, se réfère aux deux finalités principales de l'action communautaire: quelle transformation du lien social et quelle plus-value de pouvoir pour les usagers (amélioration des relations entre usagers et institutions? Changement des pratiques institutionnelles? Changement des pratiques sociales?).

L'évaluation du processus d'action, ensuite, se réfère à l'analyse de la pertinence et de l'efficacité des moyens qui ont été mis en œuvre dans l'action communautaire.

Une ressource tout à fait fondamentale pour l'évaluation est l'opinion des usagers et des partenaires sur l'action communautaire dans la mesure où elle apporte la richesse du croisement des points de vue.

Bernadette, mans,
Infor Santé ANMC ■

Article rédigé d'après "Action sociale et action communautaire" cahier pédagogique n°3, réalisé par le CRIDIS et édité par la Cocol. Il est disponible auprès de la Commission communautaire française, Service des Affaires sociales, boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles, tél.: (02) 542 82 94.

Partenariat et négociation

Ce numéro 2 antérieur à "Action sociale et action communautaire" est un instrument de réflexion et de travail. Il invite chaque association, chaque opérateur à (re)prendre conscience du pouvoir qu'il possède là où il agit et de l'utilité de ses compétences pour influencer et infléchir la marche du partenariat. Ce cahier vise à:

- permettre aux associations et surtout aux opérateurs de mieux se situer professionnellement dans les partenariats;
- interroger les enjeux, les objectifs, la gestion, les projets de l'œuvre commune en prenant du recul et en élargissant la visibilité de l'ensemble;
- lancer des pistes d'intervention, fournir des suggestions de méthode de fonctionnement et d'action.

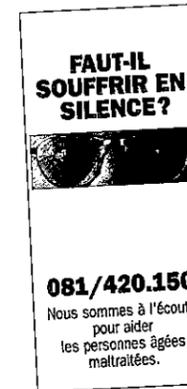
"Partenariat et négociation", cahier pédagogique n°2, réalisé par le CRIDIS et édité par la Commission communautaire française, 1996, 96 p.

La maltraitance des personnes âgées

Vingt personnes âgées sur cent sont maltraitées. Et souvent elles n'osent rien dire ou ne savent pas à qui le dire. Comment se plaindre de ses proches, si la maltraitance a lieu au sein de la famille? Ou dans une maison de retraite, si l'on craint de n'être pas cru ou d'être rejeté ou brimé?

A quoi bon en parler si rien ne change? L'association des mots "maltraitance" et "personnes âgées" est encore peu présente dans les mentalités. Pourtant ce phénomène de violence à l'égard des adultes âgés n'est malheureusement pas exceptionnel.

Ces situations surviennent tant dans le milieu familial qu'en milieu institutionnel. Cela passe par des négligences, pressions psychologiques, abus financiers, irrespect de la personne âgée et de ses droits élémentaires... quelquefois, c'est aussi la violence physique. Ces violences touchent à l'intégrité et à la dignité humaine de la personne. Derrière une situation de maltraitance, se cachent très probablement des difficultés d'ordre financier, relationnel ou même de souffrances physiques: un manque de communication, des incompréhensions,



un surmenage du soignant, un manque de soutien de l'entourage... les causes sont nombreuses mais il y a aussi des réponses et des solutions à mettre en œuvre.

Face à ce constat et depuis le 1er juillet dernier, un centre d'écoute spécialisé a été mis en place à l'initiative de la Fédération d'aide et soins à domicile et de P.S.D. (Permanence soins à domicile): Allô maltraitance personnes âgées, au (081) 42 01 50. Sa mission est d'écouter, informer, soutenir et orienter si nécessaire les personnes âgées, leur famille ainsi que les professionnels confrontés à la réalité de la maltraitance. Il respecte l'anonymat et la confidentialité.

Le service dispose d'un important réseau interdisciplinaire d'intervenants spécialement formés et présents dans le "paysage" social et gérontologique belge. En outre, le service a le souci de développer:

- un travail interdisciplinaire tant dans l'écoute que dans le développement du réseau sur lequel il s'appuie. Pour ce faire, les membres de l'équipe sont notamment en lien constant avec un groupe d'experts (personnes ressources) susceptibles de "conseiller" quand la situation apparaît trop complexe;
 - l'articulation de deux volets indispensables "Intervention/ Formation" et par ce biais garantir une démarche de qualité. Il cherche également à établir des contacts et des partenariats avec d'autres services analogues notamment à l'étranger.
- L'équipe se tient à la disposition de tous services, professionnels ou associations qui désireraient obtenir davantage de renseignements sur ses activités.

La permanence d' "Allô maltraitance personnes âgées" est accessible tous les jours ouvrables de 9h à 12h30 au (081) 42 01 50. ■

Matériel

Un coffret pédagogique en prévention du tabagisme

Dans le cadre d'un projet européen, la FARES et l'EDEX (Bilbao) ont adapté et testé un outil didactique de prévention du tabagisme auprès d'élèves de la région bruxelloise, au cours de l'année scolaire 97-98.

Ce coffret pédagogique contient trois fascicules.

Un Dossier sur le tabagisme et sa prévention qui met à la disposition du professeur ou de l'animateur une information objective, simple et complète en abordant de nombreuses thématiques (histoire et évolution de la consommation de tabac; le tabac et la santé: un couple maudit; le fumeur passif; l'importance de la prévention; le cadre juridique, etc.).

Un Guide pratique Avez-vous envie d'arrêter de fumer? destiné à accompagner et à informer les personnes (élèves, parents, professeurs...) intéressées ou désireuses d'arrêter de fumer. Ce guide offre un éventail de conseils et petits trucs pour

les aider à tenir le coup sans trop de désagrèments.

Un Répertoire d'activités adressé aux professeurs. Ce dernier propose 10 canevas d'activités à utiliser lors de cours de sciences, de langues, de mathématiques, d'expression artistique ou même de sport.

Ce répertoire offre de nombreuses pistes de travail adaptables selon le cours enseigné et l'âge des élèves.

Pour chaque activité, l'outil offre une description du contexte, des objectifs, de la technique, du déroulement et du matériel nécessaire.

Bien que le matériel ait été réalisé au départ à l'intention des élèves du secondaire, l'évaluation a montré qu'il est plus approprié d'utiliser l'outil didactique auprès des élèves de la fin du cycle primaire et du début secondaire, à savoir des élèves âgés de 11 à 14 ans.

Une utilisation optimale de l'outil, implique qu'un maximum de professeurs de

formations diverses participent à la démarche de prévention qui s'étalera au minimum sur un trimestre voire sur une année scolaire.

Ce programme doit permettre aux jeunes d'acquiescer un regard averti et critique par rapport à cette drogue largement commercialisée et accessible à tous. Il peut améliorer leurs connaissances à propos des effets du tabagisme sur la santé des fumeurs et des non-fumeurs, permettre d'évacuer certaines "idées reçues" sur les "bienfaits" du tabac, et permettre enfin, aux jeunes d'adapter, de postposer, voire même de supprimer leur attrait envers le tabac.

Béregère Janssen, FARES ■

Tout professeur ou personne relais intéressé peut se procurer gratuitement (dans les limites du stock disponible) l'outil didactique auprès de la FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. Tél.: (02) 512 29 36. Fax: (02) 512 32 73.

E-mail: caroline.rasson@euronet.be

La santé des Belges, suite?

L'enquête santé du Millénaire

Rassurez-vous. Ce n'est pas l'Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur qui remet déjà le couvert deux ans après sa vaste enquête de santé par interview (voir Education Santé n° 129, p.3).

Il s'agit ici d'une initiative des magazines Femmes d'aujourd'hui et Fit & Gezond, en collaboration avec Medialogue et Censydiam. Entre le 17 mai et le 2 juillet 1999, 316 hommes et 388 femmes âgés de 18 à 60 ans (444 flamands et 260 francophones) ont été interrogés sur un grand nombre de points en relation avec la santé.

L'objet des deux enquêtes est identique, puisqu'il consiste à mesurer la santé subjective des personnes interrogées.

Parmi les sujets abordés par Femmes d'aujourd'hui, on relève les habitudes alimentaires, le sommeil, les activités de dé-

Sujet	ISSP-LP	Femmes d'aujourd'hui
Bonne santé subjective	78	84
Fumeur	30	31
Activité physique régulière ²	18	46
Consommation de poisson une ou plusieurs fois par semaine	72	58
Aucun contact annuel avec le médecin généraliste	20	18
Thérapies parallèles	8	30
Prise récente de calmants	25	28

tente et de sport, le stress, les médicaments et la pharmacie familiale, le rôle du médecin généraliste, le recours aux thérapies non conventionnelles, etc.

Certains de ces sujets recourent ceux qui ont été mesurés par l'ISSP, au terme d'une démarche sans commune mesure¹ avec ce sondage rapide, dont on imagine qu'il est plus destiné à vendre des espaces pu-

blicitaires à des annonceurs qu'à déterminer réellement ce que nos compatriotes pensent et disent de leur santé.

¹ Ainsi, par exemple, l'échantillon était de 10.000 personnes âgées de 15 ans et plus, et l'enquête s'est étalée sur toute l'année, pour réduire les effets saisonniers. Et près de 200 enquêteurs avaient été mobilisés...

² 4 heures par semaine pour l'ISSP, 2h30 pour Femmes d'aujourd'hui

Comparaison n'est pas raison

Les résultats sont-ils convergents? Voyons un tableau illustrant ce que donnent quelques thèmes communs (en pourcents).

Il n'est pas facile de se faire une idée du sérieux des données fournies par l'hebdo féminin sur base de si peu d'éléments. A première vue, pas de différences aberrantes, ni de découvertes qu'on ne savait déjà. Ainsi, on peut constater par exemple des chiffres identiques au niveau du tabagisme, et qui confirment d'ailleurs les enquêtes annuelles du CRIOC.

On s'interrogera quand même sur l'énorme écart concernant le recours aux thérapies non conventionnelles. On a l'impression qu'il ne s'agit pas de la même chose, alors que les réponses portent dans les deux cas sur l'homéopathie, l'ostéopathie-chiropraxie et l'acupuncture. Aussi mystérieux que le mécanisme d'action des dilutions hahnemaniennes!

Quel type de Belge êtes-vous?

Le magazine a identifié cinq types de personnalités selon deux axes, l'implication par rapport à la santé et le degré de discipline des individus. Cela donne ceci:

Le bio-écologiste

La santé est une mission.

Caractéristiques: alimentation bio, pain fait maison, peintures et matériaux naturels, jardinage, potager bio, bicyclette.

Public: 24%, plutôt femmes et quadragénaires.

L'énergique

Dynamique et bien dans sa peau.

Caractéristiques: action en plein air, randonnée en montagne, vacances de neige, camping, rafting, alpinisme, randonnée de survie, saut à l'élastique.

Public: 23%, plutôt de très jeunes hommes.

Le dandy-épicurien

Ses deux credos: plaisir et bonheur.

Caractéristiques: légumes surgelés, cho-

colat, crèmes antirides, banc solaire, liposuction, massages et saunas, télévision, stations thermales, croisières, hôtels confortables.

Public: 10%, plutôt des femmes francophones célibataires de 40 ans.

Le spirituel

La santé, c'est la paix du corps et de l'esprit. Caractéristiques: homéopathie, beaux objets, mobiles chinois, animal domestique, promenade quotidienne, aventure et luxe en vacances, alicaments, boissons lactées spéciales, jeûne.

Public: 20%, plutôt des femmes jeunes.

Le traditionaliste

La santé, c'est une question de chance, on ne peut y faire grand'chose.

Caractéristiques: peu de sport, pas de vacances, un téléviseur, à la rigueur un édulcorant à la place du sucre dans le café.

Public: 11%, plutôt des hommes flamands de plus de 50 ans.

Vous reconnaissez-vous?

C.D.B. ■

lien social et l'obtention d'une plus-value de pouvoir pour et par les bénéficiaires.

A la lecture de ces définitions, le lien entre la promotion de la santé et la participation communautaire est évident dans la mesure où la promotion de la santé vise à permettre à une population d'exercer un plus grand contrôle sur sa santé et les facteurs qui la déterminent. Le lien entre ces deux approches ne s'arrête pas à la plus-value de pouvoir pour les usagers: elles prennent également toutes deux en compte la globalité, la multidimensionalité du problème rencontré et amènent donc à une nécessaire intersectorialité de la réponse.

Un axe central, la participation des usagers

L'action communautaire met les usagers, les bénéficiaires au centre du processus: ce ne sont pas des consommateurs mais des acteurs participant à l'action, aux décisions. Pour les usagers, il s'agit d'obtenir plus de pouvoir pour modifier une problématique collective. Cette action n'est pas un processus tranquille mais est souvent le lieu d'émergence et d'affrontement de conflits d'intérêts entre les différents types d'acteurs: usagers, acteurs institutionnels, politiques,...

La participation comme apprentissage progressif

Les auteurs distinguent plusieurs niveaux de participation. Ce sont des repères méthodologiques qui permettent d'évaluer là où se trouve le groupe, la communauté. Chaque étape vise à développer une compétence, une capacité du groupe lui permettant in fine d'arriver à une plus-value de pouvoir, à influencer positivement sa situation et les décisions dans un sens qui lui convient:

1. développer l'expression du groupe: certaines compétences de base sont importantes pour un fonctionnement de groupe comme la prise de parole pour exprimer son point de vue, la discussion en groupe,...

2. développer la capacité d'analyse en groupe, des intérêts individuels à l'intérêt collectif: cette étape est délicate et déterminante car elle exige à la fois de garantir une sécurité affective permettant aux participants d'exprimer leur vécu, leurs difficultés individuelles mais aussi de prendre du recul par rapport aux expressions individuelles pour parvenir à décoder avec les

...

2.2.1. La participation communautaire

Une communauté locale doit être entendue comme un ensemble ou un groupe social qui est uni par un lieu de vie et/ou des enjeux communs. Le sentiment d'appartenance à une communauté peut préexister à l'action ou être révélé ou suscité par celle-ci.

L'action communautaire en santé se base sur l'intervention active d'une communauté locale donnée (village, quartier, entreprise, école,...) dans la définition et la prise en charge de ses aspirations et de ses problèmes de santé.

L'approche communautaire de la santé est encore toute neuve dans notre pays et, là où elle est la plus ancienne (par exemple au Québec), elle reste soumise à de nombreuses limites, dues notamment à l'affaiblissement des liens sociaux, surtout en milieu urbain.

Cette stratégie se justifie donc surtout:

- lorsqu'un sentiment ou une identité communautaire préexiste – autrement dit, lorsque la "communauté" n'est pas seulement définie de l'extérieur, sur une base géographique ou administrative, par exemple;

- lorsqu'au moins une minorité active de la population semble mobilisable autour d'enjeux communs;

- lorsque, parmi les professionnels promoteurs du projet, certains font eux-mêmes partie de cette population et/ou participent à la vie communautaire."

(extrait du "Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française", Direction générale de la Santé, Ministère de la Communauté française, 1998)

participants les éléments du problème collectif;

3. développer la capacité d'organisation d'activités et de projet en groupe: il s'agit ici de définir avec les participants des priorités d'actions et de décider la manière dont le groupe va s'organiser pour les atteindre;

4. développer la capacité du groupe en tant qu'acteur consulté: il s'agit réelle-

ment de la première étape spécifique à l'action communautaire, le groupe s'est fait reconnaître, est reconnu comme "expert social" par des interlocuteurs extérieurs;

5. développer la capacité du groupe en tant qu'acteur novateur: le groupe est amené à construire des propositions réalisables, à porter ces propositions vers les acteurs et décideurs concernés, à les faire valoir;

6. développer la capacité du groupe comme acteur de négociations et de décisions: le groupe est amené à suivre le traitement du problème collectif et des propositions de solution jusqu'à l'obtention de résultats satisfaisants; le processus de négociation peut être long, cette étape implique de participer à des concertations diverses, d'être attentif également aux procédures et contenus de décisions.

Ces différents niveaux ne sous-entendent pas un processus linéaire; il peut y avoir des allers et retours d'une étape à l'autre suite à un événement imprévisible, un échec, un changement dans le contexte,... Chaque expérience communautaire est donc particulière et unique même si un cadre de référence commun existe.

Un terrain, la gestion des relations de proximité

Hormis les réunions et autres rencontres programmées, les relations de proximité jouent un rôle important dans le travail communautaire. Ces relations informelles - individuelles et collectives - remplissent plusieurs fonctions qui facilitent la construction d'une dynamique collective. Il s'agit d'acquiescer une meilleure connaissance:

- de la manière dont les membres de la population se vivent;

- des groupes environnants proches des usagers (personnes relais, autres intervenants par exemple);

- des réseaux informels entre usagers et de leurs hiérarchies;

Il s'agit aussi de permettre une meilleure gestion de la circulation de l'information, d'apporter une forme d'accompagnement individuel de soutien et d'offrir une reconnaissance de l'utilisateur dans sa globalité.

Et la place du professionnel?

L'intervenant professionnel est appelé à remplir une triple mission: construire une

Réflexions

Immigrés et personnes défavorisées: dénominateurs communs en santé

Dans les deux premières parties de cet article (Education Santé n°142 et 143), nous avons expliqué les bases de l'approche interculturelle pragmatique qui sous-tend les actions de communication de Cultures et Santé. Ensuite, nous avons analysé le premier axe sur lequel s'orientent les objectifs de ces actions, à savoir, la fragilisation sociale liée à la migration. Dans cette dernière partie, nous envisageons les deux autres axes qui sont, d'une part, l'observation de dénominateurs communs en santé aux immigrés et aux personnes défavorisées; et d'autre part, les problématiques sanitaires spécifiques à la précarité physique, morale et sociale.

L'un des points communs importants entre immigrés et personnes défavorisées est ce que l'on pourrait appeler une "trajectoire de vie", qui est tortueuse.

Pareil à ce que Morelli¹ décrit comme parcours malheureux des immigrés, on peut constater en effet que les personnes défavorisées tentent de quitter un vécu constitué d'un mélange de misère et

"d'oppression" socio-politique et économique, s'entassent, se séparent, vivent dans des conditions précaires, sont marginalisées, exclues, travaillent dur quand elles en ont l'occasion, etc. Sans parler de divers troubles psychosociaux de déstructuration de l'identité dont sont sujets aussi bien les immigrés que les défavorisés², conséquemment à ces conditions de vie.

La principale caractéristique du public cible de Cultures et Santé est aussi le faible degré de scolarisation³, allant jusqu'à l'analphabétisme. S'y ajoutent souvent des difficultés réelles de communication en langue française, par exemple.

Autres coutumes, autre langue

Cette caractéristique handicape le public dans la compréhension des mécanismes de base de la santé, du corps, de la maladie, des organisations et systèmes de prévention, de diagnostic et de traitement. La communication est rendue difficile, voire impossible, parce que les mots et les notions de départ sont absents ou déficitaires.

Les spécificités culturelles constituent le troisième aspect du dénominateur commun entre public immigré et défavorisé. Il s'agit de certaines caractéristiques non liées au niveau de scolarisation, mais plutôt aux appartenances et identités culturelles, ethniques, religieuses, sociales, ... rendant difficile l'accès aux systèmes de santé.

C'est le cas de certaines coutumes et habitudes alimentaires qui vont à l'encontre d'une alimentation équilibrée pour les enfants, par exemple. S'y ajoutent certaines susceptibilités, notamment celles provenant des problèmes de "marginalisation" et de racisme à l'égard des "faibles". Par exemple le fait de ne pas inscrire son enfant dans une colonie sportive car pense-t-on, "ils n'aiment pas les enfants étran-

1 "Histoire des étrangers et de l'immigration en Belgique de la préhistoire à nos jours", Vie Ouvrière, Bruxelles, 1992, p.10.

2 Les intéressés peuvent (re-)voir dans Abdesslem Yahyaoui, "Identité, Cultures et Situation de crise", La pensée sauvage, 1989.

3 A des différences près, que nous avons évoquées en parlant de certains immigrés à plus ou moins haut niveau de scolarisation.

La majorité des textes longs étudiés ont obtenu un score inférieur à 60, ce qui veut dire que ces textes ne sont lisibles que par ceux qui ont terminé le secondaire inférieur. Or, en 1991, 41% de la population de 18 ans et plus, ne suivant plus d'enseignement de plein exercice, ne possédaient pas le diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (27% ne possédaient aucun diplôme et 13,7% ne possédaient que le diplôme de l'enseignement primaire⁴).

Le même constat a été réalisé en ce qui concerne les textes courts. La plupart de ces textes nécessitent, pour être compris, au moins le diplôme de l'enseignement primaire. Or, comme nous l'avons déjà mentionné, 27% de la population ne possèdent aucun diplôme.

Il est important de souligner que parmi ces textes non compréhensibles par une tranche de la population se trouvent des brochures distribuées par des associations de prévention, par certains organismes ou même par certaines maternités.

Nous avons également testé l'intérêt qu'un texte peut susciter chez le lecteur. Pour cela, nous avons utilisé le score d'intérêt humain de Flesh⁵. Selon Flesh, un ouvrage scientifique aura un score qui se situera entre 0 et 10 et un texte à la pre-

mière personne obtiendra facilement un score de plus de 60. Ainsi, plus le score est élevé, plus le texte sera perçu comme intéressant par le lecteur. Un peu plus de la moitié (18 sur 34) des textes analysés ont obtenu un score inférieur à 60, 16 ont un score supérieur à 60 et 9 se situent entre 70 et 80. Ces résultats ne sont pas excellents au sens de Flesh car pour ce dernier, un score d'intérêt excellent est un score qui se situe entre 90 et 100. Or, aucun des articles étudiés ne se trouve dans cette catégorie.

En conclusion

L'information préventive a joué et jouera encore un rôle essentiel dans la bataille contre la mort subite du nourrisson. Il est important que l'information soit cohérente, compréhensible et adaptée à toutes les tranches de la population.

De plus, les messages adressés aux parents ne doivent pas avoir pour objet d'effrayer la famille, de développer la peur et l'anxiété mais bien d'amener l'entourage des jeunes enfants à adopter les mesures de prévention. Il faut susciter l'intérêt et éviter les peurs excessives, paralysantes.

Ainsi, pour réduire le nombre de décès causés par la mort subite du nourrisson, il faut continuer les campagnes de préven-

tion, en veillant à rendre les messages accessibles à toute la population en distribuant des informations simples et attractives.

Nous terminerons par deux remarques. La première concerne le matériel de prévention mis en vente par certaines firmes commerciales, tels les coussins pour maintenir le bébé sur le côté ou les matelas anti-étouffement, dont les avantages n'ont pas encore été prouvés. L'achat de ce matériel peut conduire les parents à réduire leur vigilance et à négliger les mesures de prévention. Afin d'éviter cela, il serait peut-être intéressant d'intégrer dans les messages de prévention un avertissement concernant ces dispositifs de prévention.

La deuxième remarque porte sur l'absence de dépliants ou de brochures en une langue compréhensible par les populations immigrées. Il y a là une lacune à combler!

C. Bazelmans, A. Kahn et D. Piette, ULB, Ecole de Santé Publique et Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola ■

⁴ Les données sur le niveau d'éducation de la population belge nous ont été fournies par l'INS. Ces données donnent le niveau d'instruction de la population de 18 ans et plus, ne suivant plus d'enseignement de plein exercice. Cette population représente, en 1991, 71% de la population totale de la Belgique.

⁵ Termote I. et Magos V., op.cit., page 31.

Vous avez dit "action communautaire"?

Depuis le programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française (1998), la participation communautaire fait partie - en tête d'ailleurs - des stratégies prioritaires pour développer un programme d'action ou de recherche (voir encadré).

Mais quand nous parlons de participation communautaire, de quoi parlons-nous? Il n'existe pas de formation en participation communautaire comme il existe une formation en éducation pour la santé. Suffit-il que le mot magique "participation de la population" apparaisse dans un dossier? Suffit-il de réaliser une enquête auprès de la population? Suffit-il de travailler avec une communauté identifiée? Quand on parle de participation communautaire, on évoque souvent une série de principes mais on manque cruellement de repères méthodologiques pour guider l'action. Pour éviter d'être des apprentis sorciers, quels sont les guides que nous pouvons suivre pour nous engager dans cette voie?

Un récent cahier pédagogique réalisé par le CRIDIS¹ et édité par la Commission communautaire française nous permet d'en apprendre plus sur le sujet. Ce cahier intitulé "Action sociale et action communautaire" apporte des repères tant théoriques que méthodologiques; deux exemples illustrent le cadre de référence commun mais témoignent également de l'originalité de chaque expérience.

Voici quelques morceaux choisis qui vous donneront - nous l'espérons - l'envie de le découvrir et de le mettre dans votre bibliothèque comme document de référence.

Qu'est-ce que l'action communautaire?

En quoi se différencie-t-elle de l'action collective?

L'action collective vise à apporter des réponses collectives à des problématiques individuelles. Elle utilise principalement les méthodes de travail en groupe et la pédagogie du projet (projet permettant sociali-

sation et valorisation de soi), par exemple, cours d'alphabétisation, atelier de gestion du stress, session de sevrage tabagique.

L'action communautaire vise à apporter des réponses collectives à des problématiques collectives, à amener un changement des conditions collectives. L'usage du terme "communautaire" renvoie ici à la défense ou la promotion d'intérêts collectifs. L'action communautaire utilise principalement des stratégies multidimensionnelles où les problèmes ciblés sont analysés en termes d'objectifs de changement de situation.

L'action communautaire se développe dans le long terme, elle s'oppose à la prestation immédiate en réponse à un problème immédiat.

Selon les auteurs, l'action communautaire poursuit deux types de résultats ou de changements: le (re)développement du

¹ Le CRIDIS est le Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales.

gers... et il risque d'y avoir un accident...!", "on risque de leur donner du porc...", etc.

Remarquons que ces deux aspects, niveau de scolarisation et spécificités culturelles des immigrés et personnes défavorisées, sont souvent associés.

Du point de vue du pragmatisme à la fois culturel et humanitaire, il est évident que les actions éducatives de Cultures et Santé ne s'adressent pas à toutes les personnes immigrées. Par exemple, la prise en charge d'immigrés très scolarisés ou de personnes ne témoignant d'aucune "fragilité sociale"⁴, ne rentre pas dans le champ d'action de l'asbl.

Cultures et Santé est un service de promotion de la santé et un service d'éducation permanente. Il centre ses activités vers des populations immigrées et/ou socialement défavorisées.

Les missions de Cultures et Santé s'accomplissent directement auprès du public-cible par des animations santé pour adultes ou pour enfants. En deuxième ligne, l'asbl promeut un "aller vers l'Autre dans sa dimension de santé" par l'entremise de services aux éducateurs. Ce dernier volet comprend notamment la formation de formateurs, l'assistance méthodologique, des productions thématiques propres, un centre de documentation comprenant une bibliothèque et un service de prêt de matériel didactique.

Les spécificités sanitaires de la précarité

Au moment où des politiques sociales en matière de santé sont, encore, en cours de discussions⁵, il n'est pas superflu surtout pour l'asbl Cultures et Santé⁶ de resouligner les corrélations entre la précarité et les troubles de la santé. Entendons par précarité, ici, tout facteur "débilisant" le bien-être, tant au niveau socio-économique qu'au niveau culturel, et notamment des particularités de modes de vie, des particularités culturelles, etc.

L'idée principale est de remettre en évidence un des déterminants de la santé⁷, par ailleurs assez classique: plus la précarité est grande, plus nombreux sont les troubles de santé, et inversement.

Prenons l'exemple de l'immigré: fragilisé par le processus de migration, et se re-

trouvant la plupart du temps dans la classe des personnes défavorisées⁸, l'immigré devient doublement susceptible de subir des contrecoups qui se répercutent sur sa santé. En effet, le processus de migration engendre chez le sujet un état de séparation, de perte, de dépouillement de ses repères socio-psychiques. Et il ne sera pas étonnant qu'un trouble de santé vienne se greffer sur un tel état de fragilité.

Par ailleurs, certaines spécificités culturelles et le faible niveau de scolarisation sont autant de facteurs "débilitants" susceptibles de handicaper l'accès à la santé.

Des personnes peu ou pas scolarisées, par exemple, ne comprennent pas les messages de santé émis par les différents acteurs. Quand bien même les comprendraient-elles, ces personnes sont désavantagées dans la mise à profit des messages dont les conceptualisations entrent en contradiction avec entre autres leurs "représentations" de la santé. Nous en verrons plus loin une illustration éloquente à propos du Quart-monde.

De même, chez des lettrés mais d'une autre culture, les messages ne sont pas véritablement intégrés suite à la non-adoption⁹ du "langage"¹⁰ véhiculaire. C'est donc dire que l'appropriation des messages de santé est soumise à une série de conditions, qui vont de la simple compréhension de la langue au partage des représentations mentales.

Nombreuses sont les illustrations qui démontrent combien, tant chez la personne socio-économiquement défavorisée que chez l'immigré, la précarité (au sens large) influe négativement sur la santé.

Pour résumer et afin de situer simplement les diverses spécificités sanitaires de la précarité, on peut arbitrairement les schématiser sur deux axes, à savoir: les troubles de santé proprement dits d'une part, et d'autre part les représentations socio-culturelles de la santé.

Quand le corps devient langage

Le premier axe est facilement saisissable si l'on part des concepts épidémiologiques. En épidémiologie, et comme le rappelle le Dr. L. Ferrant¹¹, on peut distinguer trois types de pathologies spécifiques à certains milieux:

Les pathologies d'importation peuvent être contractées par n'importe qui revenant d'une région où sévit ce genre de

maladie. C'est le cas de la malaria, la schistosomiase, la trypanosomiase, la fièvre jaune, etc.

Les pathologies d'acquisition: il s'agit de maladies dues à des conditions de vie spécifiques, telles un climat peu favorable, un logement peu salubre, un milieu de travail sans hygiène et sécurité, etc. Les personnes défavorisées - et les migrants dans la mesure où ils appartiennent à ces milieux, - sont plus exposées à ce type de pathologies.

Parmi ces dernières pathologies, on peut penser notamment aux affections respiratoires (ex.: bronchites...), à certaines affections dermatologiques (ex.: difficultés d'éradiquer la gale ou les poux suite à une grande promiscuité dans une famille nombreuse vivant à l'étroit...), aux intoxications au monoxyde de carbone (CO)¹² et au plomb (saturnisme).

Les intoxications au CO, par exemple, sont plus fréquentes dans les milieux où le mode de vie et d'habitat ne sont pas conformes aux normes d'hygiène. Là où, par manque de moyens, on se déniche un petit appartement, "pas cher", dans un quartier insalubre, dans un immeuble où manquent l'aération et le chauffage soignés.

De même les accidents domestiques sont monnaie courante dans des habitats exiguës où vivent entassées des familles nombreuses.

La nature du logement ainsi qu'un défaut d'informations sur les questions d'hygiène et de sécurité sont donc plus particulièrement responsables de telles intoxications et des accidents.

⁴ Entendue au sens large du mot.

⁵ Par exemple des discussions autour de la sécurité sociale, des politiques d'intégration socio-professionnelle, des politiques d'immigration, des coûts de santé par rapport à la qualité de vie, etc.

⁶ Par rapport à sa mission d'éducation pour la santé, mais surtout par la communication interculturelle, s'adressant au public de personnes socio-économiquement défavorisées et/ou immigrées.

⁷ Entendue dans le sens de sa définition par l'OMS, soit état de complet bien-être physique, mental et social, ne se limitant pas à l'absence d'infirmité ou de maladie.

⁸ La prudence s'impose quant à une éventuelle assimilation d'"immigré" et de "personne défavorisée".

⁹ Non-appropriation

¹⁰ Ne consistant pas uniquement en la langue, mais dans son sens large en tant qu'expression du mode de pensée.

¹¹ Médecin de famille dans une maison médicale bruxelloise, membre du conseil d'administration de Cultures et Santé, membre du Centre universitaire de médecine générale d'Anvers, prix de médecine sociale 1998 par la Fondation Verhulst.

¹² Cultures et Santé a développé et diffuse ce thème et continue à en faire des animations santé et des publications diversifiées.

Les pathologies d'adaptation concernent autant les autochtones que les immigrés, mais ces derniers, tout comme les personnes défavorisées, sont plus vulnérables.

Certes, entre publics immigrés et personnes défavorisées les causes d'inadaptation sont différentes, mais nous n'entrons pas ici dans ces débats. Il n'empêche que dans les deux cas, les pathologies en question sont liées aux efforts d'adaptation, et plus particulièrement au stress. Elles s'expriment souvent sur un mode psychique, culturel et /ou social.

Le Dr Ferrant¹³ évoque ici les maladies psychosomatiques (psychiques... mais avec de réelles lésions organiques) qui sont l'expression d'une insatisfaction psycho-sociale, de même que les fixations somatiques (troubles fonctionnels sans lésions organiques) où le corps commence à parler son propre langage. C'est l'exemple de l'ulcère de l'estomac, lésion organique, mais qui est aussi l'une des maladies qui traduit un stress corporel important et une grande fragilité du patient. "Il devient un moyen d'exprimer des émotions et des insatisfactions à l'encontre de nos sociétés".¹⁴

"Ce corps n'est pas moi..."

L'autre axe des spécificités de la précarité est constitué par les notions de "représentations". Ou plutôt, devrait-on dire, l'intrication de la précarité et des représentations culturelles de la santé.

Il est utile de rappeler ici - du moins pour les éducateurs pour la santé - l'importance des représentations de la santé, et du corps en particulier, dans la communication interculturelle en santé.

Ces représentations diffèrent selon les milieux socio-culturels. Selon que sa culture est plus ou moins proche de celle des éducateurs pour la santé - la culture médico-psycho-sociale -, le sujet se représente les systèmes de santé ou le corps de manière plus ou moins proche de celle préconisée par notre culture.

Selon le Dr. Hendrick¹⁵, dans les populations du Quart-monde, le corps est perçu comme un outil qui participe non pas à l'auto-valorisation mais à la dépréciation de soi par le monde extérieur. La personne du Quart-monde, précarisée socio-économiquement, est vite repérée par "les autres" que ce soit dans la rue, dans les transports en commun, aux guichets

de bureaux,... et est souvent rejetée à cause de son apparence. L'habillement, l'odeur, le regard, les manières contribuent à l'étiquetage du sujet, et le montrent comme étant de culture autre.

Conséquemment, la personne se sent trahie par son propre corps. Ce corps qui condamne son "soi". Et dans la plupart des cas, nous dit le Dr. Hendrick, il y a chez la personne du Quart-monde des expressions de sentiments d'une vraie "dépossession" de son corps. "Ce corps n'est pas moi", dit-elle.

En termes d'éducation pour la santé, se pose, dans le cas présent, la question non pas de "comment" soigner son corps mais de "pourquoi". La logique sous-jacente, du moins selon ces personnes du Quart-monde, est: pourquoi soigner un corps trop souvent souffrant, un corps qui ne sert à rien sinon à travailler dur, un corps qui sert plus à la désinsertion sociale qu'à l'identification positive?

Ces représentations particulières du corps sont sources de malentendus fondamentaux entre, notamment, les soignants et les soignés. Ces derniers restent imperméables aux représentations du corps véhiculées communément par les messages des éducateurs pour la santé.

On peut parler ici de véritables conflits communicatifs: les acteurs de santé d'un côté, les personnes du Quart-monde de l'autre, interagissent conflictuellement comme si chaque groupe avait son propre langage, ses propres intérêts inaccessibles à l'autre.

A ce sujet, les difficultés qui surviennent, souvent, sont multiples. Comment, par exemple, parler de l'hygiène vestimentocorporelle, ou de l'hygiène de l'habitat. Comment justifier valablement le "placement d'enfant"¹⁶ - dont est souvent sujet l'enfant du Quart-monde pour des raisons sanitaires (maltraitance par malnutrition, promiscuité, manque d'hygiène, risque d'intoxication au CO₂...) alors que les enfants et la famille sont des valeurs centrales et sacrées de toute la vie dans ce milieu.

Très souvent d'ailleurs, les personnes concernées expriment leur amertume et incompréhension envers le monde médico-psycho-social et juridique en disant: "Si toutes ces personnes qui nous parlent de santé, d'hygiène, d'alimentation, de vaccination... venaient vivre avec nous ne fût-ce qu'un mois, elles comprendraient que ce qui

leur paraît simple est pour nous, au quotidien, compliqué."¹⁷

Les représentations du corps et de la santé diffèrent évidemment aussi considérablement d'une région à l'autre, d'une culture à l'autre. Cette diversité est telle que nous ne pouvons l'aborder dans le cadre de cet article, mais ce sujet est bien sûr fréquemment exploré au cours des formations de Cultures et Santé.

On le voit donc, tant sur le plan strictement culturel que sur le plan de la précarité, la conception de la santé peut prendre des formes très différentes. Il importe désormais de savoir à qui on s'adresse en éducation pour la santé et de réajuster chaque acte communicatif.

On l'aura compris, le défi de l'éducation pour la santé en milieu multiculturel est de trouver une approche pragmatique de l'Autre qui, tout en tenant compte des spécificités culturelles, respecte avant tout cet Autre dans son identité particulière.

C'est dans la perspective de relever ce défi que s'inscrivent les formations que propose Cultures et Santé!

Silas Iyakaremye et l'équipe de Cultures et Santé ■

Cet article est extrait de la monographie "L'éducation pour la santé, avec la logique de l'Autre" éditée par Cultures et Santé asbl. Pour obtenir cette brochure - au prix de 50 F - et pour plus d'informations sur les formations et animations organisées en 1999-2000, veuillez vous adresser à:

Cultures et Santé asbl, 24 av. de Stalingrad, 1000 Bruxelles, tél.:(02) 513 56 99, e-mail: culturesante.claes@skynet.be, site web en cours d'hébergement.

¹³ "Représentation du corps et de la santé" in "En toute confiance", si la direction du FRAJE, éd. JP Cornelissen, Bruxelles, 1996, p.232.

¹⁴ Dr L. Ferrant, op. cit.

¹⁵ Maison médicale de Molenbeek et Projet Santé Culture Quart-monde, interviewé par Silas Iyakaremye et Barbara De Coster, formateurs à l'asbl Cultures et Santé, 15 mars 1999.

¹⁶ Juridiquement, une des mesures de protection de l'enfant...

¹⁷ Extrait non textuel de l'entretien avec le Dr. Hendrick, op. cit.

Le prochain numéro d'Education Santé paraîtra vers le 10-2-2000.

D'ici là, nous vous adressons nos meilleurs voeux pour la dernière année du millénaire.

L'information écrite concernant la mort subite du nourrisson passe-t-elle bien?

En Belgique, la mort subite du nourrisson (MSN) est devenue la principale cause de décès chez les enfants de moins d'un an. Face à ce constat, des recherches ont été menées pour connaître les causes de ces décès inopinés. Malgré la multitude des études réalisées, le syndrome de la mort subite reste toujours inexplicable. Toutefois, certains facteurs de risques ont été identifiés, tels la position ventrale, le tabagisme, une température trop élevée dans la pièce où dort l'enfant, etc.

Ceci justifie que, depuis la fin des années 80, des campagnes d'information et de sensibilisation ont été organisées dans plusieurs pays. En Communauté française de Belgique, des recommandations ont été émises et plusieurs campagnes ont été réalisées, et ce, depuis 1994 (voir Education Santé n° 140 pour la dernière en date).

Les effets de ces campagnes se sont traduits par une diminution de la mortalité par MSN. En effet, le taux de mortalité par MSN était, en 1989, de 1,8 décès pour mille naissances. Aujourd'hui, il est de 0,8 pour mille. Il est probable que cette diminution soit due à une meilleure connaissance des pratiques de prévention par les parents de nouveau-nés.

Il semble donc que les campagnes d'information aient porté leurs fruits mais il reste, cependant, un excès de mortalité évitable.

Face à ce constat, deux questions se posent. Premièrement, les informations destinées aux parents d'enfants de moins d'un an sont-elles bien disséminées? Deuxièmement, les informations sont-elles adaptées à toute la population?

C'est pour répondre à ces questions qu'à la demande du Professeur André Kahn et avec le financement du Fonds Houtman, l'équipe de recherche du Professeur Danielle Piette de l'Université Libre de Bruxelles a mené une courte étude d'évaluation de la lisibilité des informations.

Trente-neuf textes, comprenant des articles de revues féminines ou autres, les



PHOTO: J.M. TROIS/EXPLORER

brochures et dépliants distribués par les maternités, associations de prévention ou autres organismes ont été étudiés. Ce petit échantillon a permis de faire d'intéressantes conclusions que nous résumons ici.

Présence des informations essentielles

Afin de répondre à cette question, l'évaluation a été menée en plusieurs étapes. La première consistait à définir les informations que nous considérons comme essentielles. Nous avons retenu les mesures assurant un sommeil de sécurité. Elles étaient au nombre de 16.

Dans la deuxième étape, nous avons distingué, parmi ces 16 recommandations, les principales qui sont: coucher bébé sur le dos, maintenir la température de la chambre du bébé entre 18 et 20 degrés, ne pas donner de médicaments au bébé sans l'avis du médecin et éviter de fumer pendant la grossesse et en présence de l'enfant.

Enfin, il a fallu déterminer les niveaux de présence des informations essentielles; nous en avons déterminé trois:

- niveau de présence attendu: lorsque les 16 recommandations sont présentes;
- niveau de présence acceptable: lorsque les recommandations principales sont au moins présentes;
- niveau de présence insuffisant: lorsqu'une des 4 recommandations principales n'est pas citée.

Sur les 39 textes étudiés, un seul atteint le niveau de présence attendu. La majorité des textes (24 sur 39) ont le niveau "ac-

ceptable" et 9 articles ont un niveau "insuffisant".

Compréhension des informations par toute la population

La question était de savoir si toute la population était en mesure de comprendre les messages de prévention transmis et donc si elle disposait du bagage scolaire suffisant. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons utilisé un test de lisibilité qui permet de définir la facilité avec laquelle un texte sera lu et compris. Le score de l'intérêt humain a également été utilisé. Selon les auteurs de "Ecrire... Comment décoder l'idéologie d'un texte écrit? Comment être lu et compris par le "grand public"?", un texte lisible est un texte intelligible, que l'on retient facilement, qui respecte le moindre effort du lecteur et qu'on lit avec plaisir.

Pour tester la facilité, nous avons utilisé deux mesures, celle de Flesh² pour les textes longs (plus de 750 mots) et celle de Gunning³ pour les textes courts (moins de 750 mots).

Pour Flesh, un texte qui a un score de facilité entre 80 et 100 est lisible par 90% de la population et un texte qui obtient un score inférieur à 60 est un texte qui ne peut être lu que par les personnes qui ont au moins terminé les 3 années du secondaire inférieur.

¹ Termote I. et Magos V., Question Santé Magazine, Bruxelles, 1983, page 22-23.

² Termote I. et Magos, "Ecrire... Comment décoder l'idéologie d'un texte? Comment être lu et compris par le grand public?", Question Santé Magazine, Bruxelles, 1983, page 30.

³ Termote I. et Magos, op.cit., page 29.