

Les ateliers de l'après-midi :

1. Mesures de protection de la petite enfance - techniques de communication en consultation (sensibilisation - moyens - manière) - Dr Godding, L. Schreiden, Prof. Kahn et son collaborateur ;
2. Contenu et modalités pratiques de mise en route d'une consultation d'aide au sevrage tabagique spécifique aux femmes enceintes - Prof. Delcroix et M. Chuffart, J. Dumont ;
3. Comment intégrer la prévention du tabagisme dans la pratique professionnelle (promotion de la santé incluant le tabagisme) - A. Roucloux, M. Bleyenheuft ;
4. Résultat d'une recherche relative au tabagisme des femmes enceintes et approche des mécanismes d'influence publicitaire (décodage des publicités) M. Frydman et Prof. Bartsch.

La journée d'étude aura lieu à la salle Le Grenier, à l'Arsenal, rue Bruno 11, 5000 Namur, tél. 081/72.51.10.

Renseignements : FARES, Mme C. Rasson, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.29.36 - 512.20.83, fax 02/512.32.73.

### Offres d'emploi

• L'Unité U.C.L.-RESO engage un 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 (min. 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.

• La Maison médicale Le Noyer recherche un(e) collaborateur(trice) mi-temps formé(e) en santé communautaire et/ou en éducation à la santé.

Envoyer C.V. rue du Noyer 100, 1030 Bruxelles.

• Pour un projet en santé-environnement (liant conditions de vie, qualité de l'environnement et impacts de santé), l'asbl RISQUE (Réseau d'Intervention en Santé et en Qualité de l'Environnement) recherche des demandeurs d'emploi (ACS, temps plein, durée indéterminée):

- 1 assistant(e) ou infirmier(e) social(e), pour contacts, visites, enquêtes, documentation. Bonne communication. Expérience en informatique et recherche de documentation est un plus. Connaissances en langues (néerl., angl...) appréciées;

- 2 techniciens chimistes (A1 ou grad ou A2), pour analyses (chim. environnement), échantillonnages de terrain. Expérience en informatique et bonne connaissance de l'anglais;

- 1 docteur ou licencié(e) en sciences, pour analyses (chim. environnement), mise au point de méthodes analytiques, coordination d'échantillonnages de terrain, gestion de données. Bonne connaissance en anglais. Expérience en statistiques et programmation.

Envoyer C.V., coordonnées personnelles et motivations à: "Risque", c/o IGEAT (CP 130/2), ULB, avenue Roosevelt 50, 1050 Bruxelles.

### Demandes d'emploi

• Licenciée en psychologie, orientation éducation, ayant une expérience professionnelle en promotion de la santé dans le domaine du handicap, une autre dans le domaine de l'exclusion sociale ou encore dans le domaine de l'accueil d'enfants ou d'adolescents.

Coordonnées : Sylvie Lerot, avenue G. Latinis 36, 1030 Bruxelles, tél. 02/245.78.52.

• Licenciée en journalisme et communication, ayant une expérience professionnelle dans le domaine de la publicité ou de la communication de l'entreprise.

Coordonnées : Sylvie Paeleman, clos du Château Vincart 2 bte 6, 7850 Enghien, tél. 02/395.34.91.

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 Houlioux, 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: 2.600 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



Photo News / J. Botina

## Stratégie

Profonds changements dans l'organisation de la prévention du sida p. 2

## Initiatives

Les Ateliers Cuisine-Rencontre Santé: retrouver les valeurs de l'échange par Xavier Lechien et Pascale Melotte p. 15

## Lu pour vous

Vers la santé des jeunes en l'an 2000? p. 26

La publicité  
pour les cigarettes  
passée à tabac!

p.6

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.



## La restructuration de la prévention du sida en Communauté française

Le décret du 16 avril 1991 créait l'Agence de prévention du sida, organisme paracommunautaire chargé de coordonner les actions de prévention et de lutte contre le sida, et un Conseil scientifique et éthique qui se voyait confier la mission de garantir à la politique de prévention la rigueur scientifique et éthique, le dialogue et le consensus.

Certes, ces structures, les moyens dégagés pour la prévention, tout comme la politique de décentralisation mise progressivement en place ont favorisé la sensibilisation et l'information des publics. Toutefois, si les données épidémiologiques et les études menées par rapport aux attitudes et aux comportements démontrent la qualité du travail entrepris, le nouveau visage de l'épidémie oblige à repenser l'organisation de la politique de prévention du sida.

Ce besoin d'adapter au mieux les stratégies aux besoins et à la réalité du terrain est encore renforcé par la restructuration du secteur de la promotion de la santé. Le législateur vient de doter le secteur de la prévention d'une réglementation qui devrait permettre la mise en place d'équipes pluridisciplinaires à même d'organiser une politique de santé globale, de permettre aux populations d'assurer un meilleur contrôle sur leur santé et, ce faisant, de l'améliorer.

### Ce que cela signifie pour le sida?

La promotion de la santé se focalise moins sur la correction des conduites individuelles que sur l'engagement des populations dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. Le sida ne peut que bénéficier d'un système qui inscrit cette volonté au fondement même de son organisation.

En effet, la prévention du sida, plus que jamais, se définit en termes de lut-

te contre l'exclusion, qu'elle soit économique, sociale ou culturelle, de solidarité, et de responsabilisation de la personne.

Rien ne pourra contraindre des populations à l'abstinence, à la fidélité ou à l'utilisation du préservatif. Par contre, il est possible de travailler à l'organisation de lieux de dialogue et à des éducations qui favorisent des choix libres et éclairés. Cela se vérifie déjà du côté des professionnels de santé comme dans le grand public à travers le dépistage, l'utilisation du préservatif ou l'accès aux trithérapies.

Le sida, s'il pose des questions quant au respect de la différence, à la solidarité, gagnera certainement à voir sa prévention bénéficier de structures qui posent la **citoyenneté comme principe fondateur**.

Quant à la prévention, en général, elle ne pourra pas ne pas bénéficier des leçons reçues des campagnes de prévention, du sida entre autres: la nécessaire collaboration avec les publics concernés, l'indispensable rapidité de réponse à des situations en évolution constante et, surtout, le refus de simplifications abusives qui rendent bancale voire inopérante toute tentative d'information.

Et l'inscription de la prévention du sida dans des stratégies de prévention globale ne pourra qu'être profitable à la médecine préventive, qu'il s'agisse de médecine scolaire ou de suivi périnatal.

A condition, bien entendu de conserver à chaque domaine, toxicomanie, sida, tuberculose,... ses spécificités en termes de compétences et de méthodologies, et de sortir d'une médicalisation abusive de la prévention.

C'est sur ces constats que semble s'appuyer la nouvelle réglementation.

### Les nouveaux outils

En effet, si l'Agence de prévention du sida disparaît, un Service général de la

prévention du sida est maintenu au sein de la Direction générale de la Santé.

Le Conseil scientifique et éthique est confirmé dans ses missions et deux de ses membres siègent au Conseil supérieur de promotion de la santé. Son intervention est explicitement prévue dans l'élaboration du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé.

Par ailleurs, un nouvel organe consultatif est créé, lequel devrait permettre aux organismes et aux personnes actives sur le terrain de la prévention de pouvoir formuler des avis et des suggestions pour ce qui concerne la politique de prévention mise en place (voir rubrique 'Officiel').

Pour ce qui concerne le financement de programmes de recherche ou d'action dans le domaine de la prévention du sida, les procédures sont celles définies par le nouveau décret de promotion de la santé, à savoir l'envoi des demandes de subvention au Ministre compétent avec copie au Directeur général de la santé et au Directeur du Centre local concerné selon le cas.

Les Centres locaux de promotion de la santé seront agréés et subventionnés pour coordonner, au niveau local, la mise en oeuvre du programme quinquennal et les plans communautaires de promotion de la santé dans tous les aspects de celle-ci, en ce compris ce qui concerne la prévention du sida.

*En pratique, la date précise du transfert des compétences de l'Agence vers le nouveau Service général de la prévention du sida n'étant pas encore connue, le courrier peut dès à présent être adressé au Ministère de la Communauté française, Direction générale de la Santé, Service général de la prévention du sida, Boulevard Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Le téléphone de l'Agence peut toujours être utilisé (02/627 75 11); un message ou un système automatique de déviation seront installés en temps utile.*

### Soins palliatifs

#### Liège

6 et 7 mars 1998

" Soins palliatifs à domicile. Continuité et transmission ": congrès organisé par ORPHEO ASBL (Soins continus en phase palliative, Centres de santé liégeois).

Lieu: Palais des Congrès, esplanade de l'Europe 2, 4020 Liège.

Renseignements: ORPHEO ASBL, rue P. Janson 166, 4460 Grâce-Hollogne, tél./fax 04/234.49.25.

### Adolescent

#### Mons, Bruxelles, Liège, Namur

Mars et avril 1998

L'Association francophone des agents psycho-médico-sociaux (AFAPMS) organise 4 journées d'information sur le programme " Clefs pour l'action ", animées par Patrica T'Sterstevens, formatrice à l'ASBL " Clefs pour la jeunesse ".

Les dates et lieux :

- lundi 9 mars 1998, Bureau pédagogique du Hainaut, boulevard Frère Orban 9, 7000 Mons ;
- jeudi 26 mars 1998, Internat autonome de la Communauté française, rue de Bourgogne 48, 1190 Bruxelles ;
- vendredi 3 avril 1998, Maison du social, boulevard d'Avroy 28, 4000 Liège ;
- mardi 21 avril 1998, Générale de Banque, rue Godefroid 6, 5000 Namur. P.A.F.: 300 francs (repas compris).

Comité organisateur : Anne Berger, Christine Doucet et Paulette Lateur.

Renseignements et inscriptions : Paulette Lateur, tél. 064/333.806.

### Suicide

#### La Hestre

Mars, avril, mai et juin 1998

Le M.J.T. Espace Jeunes, de la Mutualité socialiste du Centre et de Soignies, organise une formation sur la prévention du suicide, destinée aux travailleurs psycho-médico-socio-éducatifs. La formation sera assurée par Madame B. Lekeux, psychothérapeute au Centre de Prévention du Suicide.

Elle est composée de 4 séances de 3h30 espacées de plus ou moins 15 jours.

Calendrier:

Possibilité 1: 4 vendredis de 9h à 12h30. Dates: 27 mars, 10 avril, 24 avril et 4 mai.

Possibilité 2: 4 mercredis de 13h à 16h30. Dates: 22 avril, 6 mai, 20 mai et 3 juin.

Possibilité 3: 4 lundis de 9h à 12h30. Dates: 23 mars, 6 avril, 20 avril et 8 mai.

Possibilité 4: 4 samedis. Dates à préciser avec le groupe.

Renseignements: M.J.T., rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. Guy André, 064/279.292.

### Journées mondiales

- 24 mars 1998 : journée mondiale de la tuberculose (le slogan n'est pas encore défini) ;
- 7 avril 1998 : journée mondiale de la santé ; le slogan : " La grossesse est un moment privilégié de la vie ; rendons-la plus sûre " ;
- 31 mai 1998 : journée mondiale sans tabac ; le slogan : " Grandir sans tabac " ;
- 1 décembre 1998 : journée mondiale contre le sida (le slogan n'est pas encore choisi).

### Enfant

#### Louvain-la-Neuve

27 mars 1998

XXIXe Colloque de l'Institut d'études de la famille et de la sexualité, sur le thème " Bien de l'enfant, abus de l'enfant ". Lieu: Auditoire Socrate 11, Place du Cardinal Mercier 10, 1348 Louvain-la-Neuve.

Renseignements: Josette Closter, du lundi au jeudi de 9h à 12h, Place du Cardinal Mercier 10, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/47.44.02, fax 010/47.44.04, e-mail closter@iefs.ucl.ac.be.

### Education pour la santé

#### Valenciennes (F)

Du 27 mars au 11 avril 1998

La Caisse primaire d'assurance maladie de Valenciennes organise les " Fests-rencontres " : du 27 mars au 11 avril, le programme de cette initiative, gratuit et grand public, s'appuie sur 150 actions de prévention présentées par les acteurs de terrain et sur la venue de 10 modules d'animation et 5 spectacles de renommée nationale. En clair, le public sera invité à des attractions interactives, spectacles et danses de rue, expositions, conférences et stands.

Les 9 et 10 avril, des " Rencontres techniques " seront réservées aux professionnels et aux bénévoles. Une centaine

d'intervenants du secteur de la prévention santé y débattront de quatre questions-clés : " les habitants s'impliquent ", " les acteurs s'associent ", " reconnaître et connaître avant d'agir ", " s'appropriier ensemble des méthodes ".

Renseignements : CPAM de Valenciennes, Madame Jeannine Tison, rue du Rempart 63, F-59321 Valenciennes cedex, tél. 03.27.23.96.03, fax 03.27.23.95.40.

### Troisième âge

#### Leiden (NL)

14 et 15 mai 1998

Conférence internationale " Safety for the elderly ". 6 ateliers autour de la sécurité: prévention des chutes ; sécurité urbaine (violence, sentiment d'insécurité) ; sécurité routière ; éducation par les pairs et empowerment ; les personnes âgées en institution ; l'approche multi-sectorielle dans la promotion de la sécurité.

Renseignements: Elise van Rooij, TNO-PG/Division COP, PO Box 2215, 2301 CE Leiden, The Netherlands, tél. +31.71.518.18.85, fax +31.71.518.19.03 / 518.19.20, e-mail EHC.Rooij@pg.tno.nl

### Tabagisme

#### Namur

26 mai 1998

" Naître et grandir sans tabac " : journée de réflexion ouverte aux professionnels de santé et aux relais de terrain, organisée par la FARES, l'Oeuvre belge du cancer et l'Institut provincial d'hygiène sociale (Namur entrez sans fumer).

Le programme du matin :

- Développer la promotion de la santé auprès de la femme enceinte, par A. Roucloux (Namur entrez sans fumer) ;
- Etat des connaissances relatives au tabagisme passif de l'enfant avant et après sa naissance. Mesures de protection de la petite enfance, par le Dr. V. Godding (Cliniques universitaires de Mont-Godinne) ;
- Tabagisme et mort subite du nourrisson, par le Prof. Kahn et l'un de ses collaborateurs ;
- Rôle de la communication. Le sevrage tabagique des jeunes et/ou futurs parents, par L. Schreiden ;
- Expérience de Lomme. Mise en route de consultations d'aide au sevrage tabagique spécifique à la femme enceinte, par le Prof. Delcroix et Mme M. Chufart (Centre hospitalier de Lomme).

- Des infirmières pas comme les autres!, n°121, 10/97, p.2.

- BRIXI O., SANDRIN - BERTHON B., BACDIER F., La Charte d'Ottawa: quelques repères en éducation pour la santé, n°121, 10/97, pp.3-7.

- Ateliers Santé Communication Interaction, n°121, 10/97, pp.14-15.

- La Croix-Rouge écrit la santé des jeunes, n°121, 10/97, pp.24-25.

- BILLON J., L'éducation à la santé dans le système scolaire français, n°122, 11/97, pp.2-5.

- Le 11e Grand Prix francophone d'Éducation pour la santé, n°122, 11/97, pp.18-19.

- Santé... à bonne école. Dossier: Bien dans son corps (Supplément), n°122, 11/97.

- DUPONT S., DE JONGHE K., Vendre des collations saines dans les écoles maternelles et primaires, est-ce possible?, n°123, 12/97, pp.10-11.

#### Enfant

- COHEN - SALMON D., Humaniser l'hospitalisation des enfants, n°115, 03/97, pp.15-20.

- La santé... à bonne école. Dossier: l'alimentation et les cinq sens (supplément), n°118, 06/97.

- MEERSSEMAN M., Maltraitance des enfants, n°122, 11/97, pp.9-12.

- Santé... à bonne école. Dossier: Bien dans son corps (Supplément), n°122, 11/97.

- 'Ma santé... pas sans moi!', n°123, 12/97, pp.12-13.

#### Environnement

- VAN ROMPAEY C., Mortel amiante. Secrets, mensonges et profits, n°122, 11/97, p.24.

- Objectif planète propre, n°123, 12/97, p.18.

#### Formation

- LECHIEN X., VANDORNE C., L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé. Comment préparer une séance d'animation? (Supplément), n°114, 02/97.

- Intervenir politiquement en promotion de la santé, n°114, 02/97, p.17.

- LUFIN A., Les formations du Réseau Européen d'Écoles en Santé, n°122, 11/97, pp.7-9.

#### Handicap

- BAZIER G., COLLIGNON J.L., DELVILLE J., WITDOUCK O., MERCIER M., Un logiciel sur la connaissance du corps comme outil de qualité de vie, n°116, 04/97, pp.11-15.

- MERCIER M., DELVILLE J., MATYS M., Promotion de la santé et qualité de vie des personnes handicapées, n°118, 06/97, pp.2-6.

- MERCIER M., DELVILLE J., GENGLER V., Prévention du sida et handicap mental, n°123, 12/97, pp.6-7.

#### Hygiène

- La santé... à bonne école. Dossier: l'hygiène corporelle (Supplément), n°115, 03/97.

#### Maladie cardio-vasculaire

- DE BOCK C., Ottawa à Charleroi. Quand les artisans de Carolo Cardio Santé se rencontrent, n°117, 05/97, pp.15-16.

- JANZYK V., DELVAUX F., Une tournée du coeur en primaire mise sur... les prolongements, n°118, 06/97, pp.10-12.

- Le projet Monica de l'OMS, n°121, 10/97, pp.15-17.

- Du coeur à l'ouvrage, n°123, 12/97, pp.9-10.

#### Médecine alternative

- ELBERS A., Éducation pour la santé et plantes chinoises, n°114, 02/97, pp.8-11.

#### Milieu défavorisé

- DESCHAMPS J.-P., Tous acteurs de la santé, n°115, 03/97, pp.2-5.

- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., Santé, in-égalités sociales et pauvreté: bibliographie commentée, n°115, 03/97, pp.5-14.

- DE BOCK C., Éducation pour la santé et précarité, n°123, 12/97, pp.8-9.

#### Milieu de travail

- DADOUMONT B., Locale. Il n'y a pas qu'à l'école que l'on apprend et que l'on vit la santé, n°117, 05/97, p.21.

#### Politique de santé

- MASSOT C., BERGHMANS L., La mortalité en Belgique, n°119, 08/97, pp.16.

#### Promotion de la santé

- BANTUELLE M., ROUCLOUX A., La santé dans les préoccupations des municipalistes, n°114, 02/97, pp.6-8.

- Intervenir politiquement en promotion de la santé, n°114, 02/97, p.17.

- LIEVENS P., La promotion de la santé nuit-elle à la santé?, n°114, 02/97, pp.18-19.

- Le programme 1997 de promotion de la santé des Communautés européennes, n°115, 03/97, pp.22-23.

- LORANT V., Faut-il des objectifs en promotion de la santé?, n°116, 04/97, pp.3-10.

- LECHIEN X., Et si on 'empouvoirait?', n°117, 05/97, pp.7-10.

- MICHAUD C., BONNIN F., Un modèle 'latin' de promotion de la santé, n°117, 05/97, pp.10-13.

- MEREMANS P., Torino: qualité ou efficacité?, n°118, 06/97, pp.16.

- Locale. 'Ma ville, je la regarde, je la sens', n°118, 06/97, pp.19-20.

- DADOUMONT B., LAFONTAINE C., Un scénario futur pour la promotion de la santé sur le plan local, n°119, 08/97, pp.2-6.

- Un Fonds pour la santé, n°121, 10/97, pp.17-18.

- Quatrième Conférence internationale sur la promotion de la santé, n°122, 11/97, pp.12-13.

- Mais que se passe-t-il donc au RéFIPS? Echos des 4èmes Rencontres, n°122, 11/97, pp.15-16.

#### Santé mentale

- Locale. La santé mentale et la gestion du stress à la CLC du Brabant wallon, n°122, 11/97, pp.20-21.

- A tabous rompus: le suicide, n°123, 12/97, p.18.

#### Service de santé

- COHEN - SALMON D., Humaniser l'hospitalisation des enfants, n°115, 03/97, pp.15-20.

- RENARD C., MALVAUX P., DECCACHE A., La promotion de la santé à l'hôpital: comment développer un processus d'empowerment avec les familles d'enfants hospitalisés?, n°119, 08/97, pp.7-14.

- DUMONT J., Les hôpitaux promoteurs de santé, n°121, 10/97, pp.13-14.

- Au fil des jours. Pour une approche laïque des soins palliatifs, n°121, 10/97, p.18.

#### Sida

- Campagne de lutte contre l'exclusion des personnes séropositives, n°114, 02/97, pp.25-26.

- Des agences locales de prévention du sida, n°118, 06/97, pp.21-22.

- MERCIER M., DELVILLE J., GENGLER V., Prévention du sida et handicap mental, n°123, 12/97, pp.6-7.

#### Tabagisme

- Vers une génération sans tabac, n°114, 02/97, p.24.

- Tabagisme en hausse!, n°117, 05/97, pp.16-17.

- En 1999, il ne devrait rester que des cendres de la publicité pour le tabac, n°118, 06/97, pp.17-18.

- Bébé non fumeur. Jeunes parents, offrez à vos enfants un air sans tabac (supplément), n°119, 08/97.

- Ado sans T n°10 (supplément), n°119, 08/97.

- Tous unis pour un monde sans tabac, n°119, 08/97, p.19.

- Les poursuites judiciaires antitabac s'organisent en Europe, n°119, 08/97, p.20.

- Y a pas d'fumée sur la banquise..., n°119, 08/97, p.20.

- MOUCHET P., TREFOIS P., PETTIAUX M., Premier bilan d'une campagne médiatique de prévention du tabagisme, n°122, 11/97, pp.6-7.

- Le comportement tabagique des jeunes en 1997, n°122, 11/97, p.17.

#### Troisième âge

- COUBER - WILBERZ C., Si ma mémoire est bonne..., n°117, 05/97, pp.18-20.

- TOURTIER L., Locale. Vieillir, la belle affaire..., n°121, 10/97, pp.20-21.

#### Vaccination

- Vaccination des petits... et des grands, n°121, 10/97, pp.10-11.

## DÉCRET PORTANT RESTRUCTURATION DE LA PRÉVENTION DU SIDA EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Le Conseil de la Communauté française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit:

#### Article 1er.

L'Agence de prévention du Sida, instituée par le décret du 16 avril 1991 portant création de l'Agence et du Conseil scientifique et éthique de prévention du Sida pour la Communauté française, est supprimée à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du Gouvernement réglant les modalités de dissolution de l'Agence et de reprise de ses missions par les services du Gouvernement, et exécutant l'article 12 du décret susvisé.

#### Art. 2.

Les membres du personnel statutaire et les membres engagés sous contrat avant le 1er janvier 1996 sont transférés d'office, à grade égal ou à grade équivalent, dans les services du Gouvernement. Ils conservent au moins la rétribution et l'ancienneté qu'ils avaient au moment de leur transfert.

Le Gouvernement détermine la date et les modalités du transfert des membres du personnel susvisés, et prend les mesures nécessaires en vue de leur rendre applicable le statut des agents des services du Gouvernement.

#### Art. 3.

Dans le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française est inséré un chapitre IIbis, intitulé "Le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif de prévention du Sida", rédigé comme suit:

#### "Art. 8bis.

§ 1er. Le Conseil scientifique et éthique de prévention du Sida est composé d'un Comité scientifique et d'un Comité éthique qui peuvent se réunir séparément ou en assemblée plénière.

Dans les délais fixés par le Gouvernement, le Conseil scientifique et éthique lui propose des axes prioritaires en matière de prévention du Sida et lui donne son avis sur les projets de programme quinquennal et de plan communautaire de promotion de la santé, en ce qui concerne les aspects relatifs à la prévention du Sida.

Le Comité scientifique a pour mission de donner au Gouvernement, à sa demande ou de sa propre initiative, des avis concernant les aspects scientifiques liés à la lutte contre le Sida.

Le Comité éthique a pour mission de donner au Gouvernement, à sa demande ou de sa propre initiative, des avis concernant les aspects éthiques ou juridiques liés à la lutte contre le Sida. Il peut être saisi à cette même fin par le Parlement de la Communauté française.

§ 2. Il est créé un Conseil consultatif de prévention du Sida. Ce Conseil a pour mission d'organiser une concertation entre les organismes et les acteurs de terrain, en vue de leur permettre de donner au Gouvernement et au Conseil scientifique et éthique, à leur demande ou d'initiative, des avis concernant la prévention du Sida en Communauté française.

§ 3. Le Gouvernement règle la composition et le fonctionnement du Conseil scientifique et éthique et du Conseil consultatif de prévention du Sida. Le mandat des membres de ces Conseils est d'une durée de cinq ans; il est renouvelable.

§ 4. Le Gouvernement nomme les présidents et vice-présidents de chaque comité, ainsi que du Conseil consultatif, de même que les autres membres des Comités ou Conseil.

Les membres des Conseils visés au présent article ont droit à des jetons de présence et au remboursement de leurs frais de parcours selon les normes arrêtées par le Gouvernement.

§ 5. Le Conseil scientifique et éthique est présidé alternativement, chaque fois pour un an, par le président du Comité scientifique puis par le président du Comité éthique.

Les présidents et vice-présidents des Comités scientifique et éthique se réunissent en bureau et sont chargés de la coordination entre les deux Comités.

Le secrétariat des réunions du Conseil scientifique et éthique et du Conseil consultatif est assuré par un fonctionnaire général des services du Gouvernement, ayant la Santé dans ses attributions; il peut se faire assister dans cette tâche par un agent des services du Gouvernement qu'il désigne.

§ 6. Le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif transmettent annuellement leur rapport d'activité au Gouvernement; ces rapports sont communiqués par le Gouvernement au Parlement dans le mois de leur réception.

§ 7. Le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif arrêtent dans les six mois de leur installation, un règlement d'ordre intérieur qu'ils soumettent à l'approbation du Gouvernement."

#### Art. 4.

§ 1er. A l'article 1er, A, de la loi du 16 mars 1954, relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, les mots "Agence de prévention du Sida" sont supprimés à la date visée à l'article 1er.

§ 2. Le décret du 16 avril 1991 précité est abrogé à la date visée à l'article 1er, à l'exception des articles 7 et 8 qui sont abrogés à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

§ 3. L'article 21 du décret du 14 juillet 1997 précité est abrogé à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

## Art. 5.

Le présent décret entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au Moniteur belge.  
Bruxelles, le 22 décembre 1997.

La Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française, chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse,  
de l'Enfance et de la Promotion de la Santé,  
Mme L. ONKELINX

Le Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique, du Sport et des Relations internationales,  
W. ANCIEN

Le Ministre de la Culture et de l'Education permanente,  
Ch. PICQUE

Le Ministre du Budget, des Finances et de la Fonction publique  
J.C. VAN CAUWENBERGHE

### ARRETE DU GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE REGLANT LA COMPOSITION ET LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL CONSULTATIF DE PREVENTION DU SIDA

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 22 décembre 1997 portant restructuration de la prévention du Sida en Communauté française,

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 17 décembre 1997;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 décembre 1997;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que :

- l'entrée en vigueur du décret susvisé le jour de sa publication au Moniteur belge, implique que les premières mesures d'exécution soient prises immédiatement, afin notamment que le Conseil consultatif de prévention du Sida soit installé au plus tôt;

- cet arrêté doit dès lors être pris d'urgence;

Sur proposition de la Ministre-Présidente, chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé;

Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française du 22 décembre 1997,

#### ARRETE :

##### Article 1er.

Le Conseil consultatif de prévention du Sida, visé à l'article 8bis, § 2, du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française modifié par le décret du 22 décembre 1997, est composé de vingt-quatre membres nommés par le Gouvernement pour un terme de quatre ans, renouvelable :

a) trois membres représentant respectivement chacun des trois Centres de référence Sida agréés en Communauté française;

b) dix membres représentant respectivement chacun des Centres locaux de promotion de la santé et ayant une compétence particulière dans le domaine de la prévention du Sida;

c) huit membres représentant les organismes actifs dans le domaine de la prévention du Sida. La liste des organismes représentés est proposée au Gouvernement par le Comité de concertation des Centres locaux de promotion de la santé, visé à l'article 12, 2e alinéa, du décret du 14 juillet 1997 précité;

d) trois membres ayant une expertise particulière dans le domaine du Sida.

Deux membres représentant le Gouvernement, dont un membre représentant le Ministre ayant la promotion de la santé dans ses attributions, et deux membres représentant le Conseil scientifique et éthique de prévention du Sida, assistent aux séances avec voix consultative.

Les membres visés au 1er alinéa, a) à c), sont proposés à la nomination par l'organe de gestion de l'institution qu'ils représentent; ceux qui sont visés au 1er alinéa, d), sont proposés à la nomination par le Conseil scientifique et éthique de prévention du Sida.

##### Art. 2.

Le Gouvernement nomme, parmi les membres, le Président et le Vice-Président du Conseil consultatif. Le Vice-Président remplace le Président en cas d'indisponibilité de celui-ci.

Le Président et le Vice-Président du Conseil consultatif assistent de plein droit, avec voix consultative, aux séances du Conseil scientifique et éthique et de ses Comités.

## Index des principaux thèmes traités en 1997

Si certains articles renseignés ci-après vous intéressent, vous pouvez contacter Maryse Van Audenhaege ou Franca Tartamella au 02/237.48.53.

#### Accident domestique

• 'D'abord de l'eau pour sauver ma peau', n°114, 02/97, pp.12-13.

• 'D'abord de l'eau pour sauver ma peau' (Supplément), n°114, 02/97.

• FLAMENT M., Prévenir l'intoxication par le monoxyde de carbone. Cultures et Santé lance une nouvelle campagne de prévention, n°121, 10/97, pp.11-12.

• TOURTIER L., Locale. Vieillir, la belle affaire..., n°121, 10/97, pp.20-21.

• Détecter, c'est sauver, n°122, 11/97, pp.13-14.

• TAEYMANS B., 'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau': premier bilan d'un projet de prévention des brûlures chez les enfants, n°122, 11/97, p.18.

#### Accident routier

• Sécurité routière, n°122, 11/97, pp.16-17.

#### Adolescent

• LAFONTAINE C., Locale. 'Sac ado', de l'outil au projet, n°116, 04/97, pp.18-19.

• KOHN L., PIETTE D., HOUIOUX G., Que pensent les jeunes bruxellois du cannabis?, n°121, 10/97, pp.8-9.

• Le comportement tabagique des jeunes en 1997, n°122, 11/97, p.17.

• Mixados. Adolescents, vie quotidienne et bien-être, n°123, 12/97, p.8.

#### Alcool

• JANZYK V., Une journée d'alcoolique, n°122, 11/97, p.25.

#### Alimentation

• La santé... à bonne école. Dossier: l'alimentation et les cinq sens (supplément), n°118, 06/97.

• Les petits déjeuners de Braine-le-Château, n°119, 08/97, p.22.

• DUPONT S., DE JONGHE K., Vendre des collations saines dans les écoles maternelles et primaires, est-ce possible?, n°123, 12/97, pp.10-11.

• PAJL I., Lire les étiquettes de produits alimentaires, n°123, 12/97, pp.13-18.

#### Assuétude

• JANZYK V., Théâtre contre assuétudes, n°114, 02/97, pp.14-16.

• Création du Conseil des assuétudes en Brabant wallon, n°119, 08/97, pp.17-19.

• KOHN L., PIETTE D., HOUIOUX G., Que pensent les jeunes bruxellois du cannabis?, n°121, 10/97, pp.8-9.

• Un coffret pédagogique pour la prévention des toxicomanies dans l'enseignement primaire, n°122, 11/97, p.18.

• Locale. Le mile des jeunes à Tournai, n°123, 12/97, p.19.

#### Audiovisuel - multimédia

• DEGEHET A., VAN AUDENHAEGE M., La santé et le multimédia, n°115, 03/97, pp.24-27.

• LECHEN X., VANDORNE C., L'analyse de documents audiovisuels en promotion de la santé. Comment préparer une séance d'animation? (Supplément), n°114, 02/97.

• En direct de la Médiathèque, n°116, 04/97, p.24.

• Des cédéroms santé, n°116, 04/97, p.25.

• TREFOIS P., MOUCHET P., Education pour la santé et petit écran, n°117, 05/97, pp.14-15.

• En direct de la Médiathèque, n°117, 05/97, pp.26.

• MOUCHET P., Espaces gratuits en radio-TV: mode d'emploi, n°118, 06/97, pp.7-9.

• DELGOFFE D., <http://www.healthpromo.org>, n°118, 06/97, p.9.

• Un cédérom santé, n°118, 06/97, p.26.

• MOUCHET P., TREFOIS P., PETTIAUX M., Premier bilan d'une campagne médiatique de prévention du tabagisme, n°122, 11/97, pp.6-7.

• DEGEHET A., Un cédérom santé. La leçon d'anatomie - de la préhistoire à nos jours, n°122, 11/97, p.26.

• La vidéothèque 'Education pour la santé' de la Médiathèque (Supplément), n°122, 11/97.

• Deux cédéroms santé, n°123, 12/97, p.25.

#### Cancer

• Lutte contre le cancer en Europe. Troisième plan d'action (1996-2000), n°121, 10/97, p.17.

• Semaine européenne contre le cancer, n°122, 11/97, p.14.

#### Documentation

• BERTRAND - BASCHWITZ M.A., Santé, inégalités sociales et pauvreté: bibliographie commentée, n°115, 03/97, pp.5-14.

• HECTOR S., La base documentaire commune est arrivée, n°122, 11/97, p.22.

#### Education du patient

• LIBION F., Education du patient. Des tables rondes à l'initiative de la CRAM Nord Picardie, n°114, 02/97, pp.16-17.

• RENARD C., MALVAUX P., DECCACHE A., La promotion de la santé à l'hôpital: comment développer un processus d'empowerment avec les familles d'enfants hospitalisés?, n°119, 08/97, pp.7-14.

#### Education pour la santé - organisation

• Un nouveau cadre légal pour la promotion de la santé, n°114, 02/97, pp.4-5.

• L'Agence de prévention du sida va disparaître, n°116, 04/97, p.2.

• L'éducation pour la santé l'affaire de tous (Supplément), n°116, 04/97.

• Les programmes subventionnés en 1996, n°117, 05/97, pp.2-3.

• Que pense l'opposition du projet de décret en promotion de la santé?, n°117, 05/97, pp.3-6.

• Des agences locales de prévention du sida, n°118, 06/97, pp.21-22.

• DADOUMONT B., LAFONTAINE C., Un scénario futur pour la promotion de la santé sur le plan local, n°119, 08/97, pp.2-6.

• DE BOCK C., Le décret nouveau est arrivé, n°120, 09/97, p.2.

• Le coeur du décret, n°120, 09/97, pp.4-6.

• Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, n°120, 09/97, pp.7-10.

• Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Arrêté d'exécution. Annexes 1 et 2, n°120, 09/97, pp.7-15.

• Comment introduire une demande de subside?, n°120, 09/97, p.18.

• Arrêté du Gouvernement de la Communauté française portant nomination des membres effectifs et suppléants du Conseil supérieur de promotion de la santé, n°123, 12/97, p.2.

• Les futurs centres locaux s'organisent..., n°123, 12/97, pp.3-5.

#### Education pour la santé - réflexions et pratiques

• ELBERS A., Education pour la santé et plantes chinoises, n°114, 02/97, pp.8-11.

• LOUTZ N., REGINSTER B., LAFONTAINE C., Des Journées 'Outils' dans la Province de Namur, n°114, 02/97, p.20.

• Locale. Une randonnée à vélo pas comme les autres. Un projet concret de santé globale en milieu scolaire, n°115, 03/97, p.21.

• LAFONTAINE C., Locale. 'Sac ado', de l'outil au projet, n°116, 04/97, pp.18-19.

• Connaissez-vous les 800 équipes actives en Communauté française de Belgique, n°118, 06/97, pp.12-13.

• DELIENS C., Les midis à l'école, n°118, 06/97, pp.13-15.

• Premier prix européen d'éducation pour la santé, n°118, 06/97, pp.16.

• Education et santé: une alliance pour le développement, n°118, 06/97, pp.17.

• Cent ans d'affiches d'éducation pour la santé, n°118, 06/97, pp.24.

• CASPERS E., DELEGHER V., Les Ecoles Promotrices de santé, n°119, 08/97, pp.15-16.

• DEMAZY M., Une journée santé dans une communauté éducative de Neufchâteau, n°119, 08/97, p.23.

• Le Canard Ensanté (Supplément), n°121, 10/97.



## En direct de la Médiathèque

Voici quelques productions inscrites récemment au catalogue-guide Education pour la Santé. Pour d'autres renseignements, contacter la Médiathèque, Service des Collections Thématiques, Place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles. Tél.: 02/737.18.11 - Télécopie: 02/737.18.88. Internet: www.lamediatheque.be

### Des pièces de rechange pour l'être humain

Ce document présente les récentes avancées de la médecine en matière de revalidation: les recherches dans le domaine des prothèses; les grandes étapes d'une opération de la cataracte avec implantation d'un cristallin artificiel; la fabrication d'attelles sophistiquées pour les hémiplegiques; les espoirs d'une équipe de chercheurs de rétablir les connexions nerveuses endommagées; un nouveau mode de traitement chirurgical de la moelle épinière par implants. Des témoignages de patients et des interviews de spécialistes émaillent le commentaire qui est illustré par des schémas et de l'imagerie médicale.

Télescope

Production: T.S.R., 1995.

Réalisation: ROSSEL S., JARRELL S., LAGRANGE S.

Durée: 50', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 0344

### L'amour à corps perdu

Une enquête, menée avec sensibilité et sans a priori moral ou philosophique, sur la vie sexuelle et affective des personnes handicapées physiques suite à un accident ou à une maladie dégénérative. Dans une société qui vante la performance et qui accorde une place prépondérante à l'apparence, les handicapés physiques ont bien du mal à aimer et à se faire aimer, surtout quand ils sont placés en institution. Seuls ou en couple, ils témoignent que le désir, lui, n'est pas handicapé et ils parlent de la sexualité à travers ses aspects psychologiques, relationnels, physiologiques et institutionnels, voire politiques.

Note: le document s'adresse particulièrement aux personnes handicapées, à leur entourage et aux milieux d'accueil et de soins.

Temps présent

Production: T.S.R., 1996.

Réalisation: ANNEN L., NADA L.

Durée: 58', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 0348

### Les prématurés, un aller-retour entre technique et émotion

En Belgique, 7 bébés sur 100 naissent prématurément. Une prématurité qui peut dans certains cas être extrême: grossesse de 6 mois, nouveau-né de moins d'un kilo, etc. Des vies qui ne tiennent qu'à un fil et qui nécessitent des hospitalisations en couveuse dans les services de néonatalogie. Un monde de haute technologie où la tendresse et l'émotion ont fait leur entrée afin de permettre le maintien du lien parents-enfant indispensable au bon développement du tout petit. Un document qui oscille entre technique de pointe et émotion et qui pose des questions sur les limites de l'assistance médicale des grands prématurés.

Prix Spécial du jury au 13e Festival du film scientifique de Palaiseau, 1997.

Pulsations

Production: R.T.B.F., 18/02/97.

Réalisation: BADOT P., RONDIA K.

Durée: 55', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 0427

### L'espoir, malgré tout - Mélanie, enfant du sida

Alors que la plupart des enfants séropositifs se cachent par peur du rejet, du regard réprobateur de la société, Mélanie, une petite fille de dix ans et demi, vit ouvertement sa maladie. Sa séropositivité a été dépistée lorsqu'elle avait quatre ans. Très vite, ses parents adoptifs lui ont expliqué sa maladie. Ce secret bien trop gros pour elle, Mélanie n'a pas tardé à le partager avec ses copines. Les parents de ses camarades ont eux aussi été informés au cours d'une rencontre organisée par l'instituteur en présence d'un médecin.

Bouleversante de lucidité, Mélanie pose des questions et parle de ses petites et grandes peurs. Son témoignage grave et serein montre la voie à tous ceux qui rencontreront peut-être un jour un enfant séropositif.

Un reportage d'une grande sincérité qui ne verse ni dans le morbide ni dans l'attendrissement complaisant.

Un document qui montre la nécessité de l'information pour enlever les peurs de ceux qui côtoient un enfant atteint du sida et l'importance du dialogue qui permet de créer le climat de confiance où pourra s'exprimer la peur de l'enfant et celle des parents.

Production: T.S.R., 1996.

Réalisation: GRAND P., SCHAULI C.

Durée: 25', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 0609

### La biochimie du coup de foudre

Psychiatres, éthologues et biochimistes analysent les rapports entre les émotions amoureuses et les transformations chimiques de l'organisme: plus de 250 substances chimiques contribuent au processus amoureux. Dans un discours limpide, illustré par la mise en scène sans fausse pudeur d'un couple témoin, la découverte de l'étrange chimie qui s'opère dans le cerveau et le corps au moment du coup de foudre. De l'attente à la rencontre, du désir à la lassitude, des fragments de la vie amoureuse sont passés au crible de la pensée scientifique.

Prix de la meilleure émission scientifique de télévision au 13e Festival du film scientifique de Palaiseau, 1997.

Sciences

Production: LA SEPT/ARTE - MORGANE PRODUCTIONS, 1997.

Réalisation: NOLIN T.

Durée: 60', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 1504

### De la fonquiture sur le podoggan- comment débusquer la dyslexie

Ce document tente de sensibiliser les familles et les professionnels de la santé et de l'éducation aux troubles d'apprentissage des enfants. Dyslexies, dysphasies, dyscalculies: 10% à 12% des enfants présentent ces troubles mal connus qui, faute d'être identifiés, font que ces enfants passent pour être paresseux, immatures, etc.

Des interviews de trois personnes ayant surmonté le handicap de la dyslexie, dont le chanteur Hugues Aufray, servent de fil conducteur à ce reportage. Des enfants dyslexiques sont filmés lors d'exercices où leurs problèmes sont mis en évidence. Leurs difficultés font l'objet des commentaires d'un pédopsychiatre.

Prix Roger-Malingrey du Festival national audiovisuel en orthophonie, Nancy, 1996.

Production: ARCIS, 1996.

Réalisation: FRANÇOIS P.

Durée: 28', Couleur.

Réf. Médiathèque: SW 9944

### Art. 3.

Le Conseil consultatif se réunit sur convocation de son Président, soit à son initiative, soit si trois de ses membres au moins en font la demande.

Le Conseil consultatif constitue toutes les commissions qu'il estime utiles afin de remplir ses missions.

Le Conseil consultatif établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

### Art. 4.

Dans le cadre des missions qui lui sont confiées en vertu de l'article 8bis, § 2, du décret, le Conseil consultatif :

- remet au Conseil scientifique et éthique des recommandations concernant les axes prioritaires en matière de prévention du Sida;
- fait rapport au Conseil scientifique et éthique sur les actions menées en matière de prévention du Sida par les organismes et les acteurs de terrain en Communauté française;
- fait au Gouvernement toute proposition qu'il estime utile en vue de renforcer l'efficacité des mesures de prévention du Sida en Communauté française, et d'améliorer le fonctionnement des structures actives dans ce domaine.

### Art. 5.

§ 1er.- Il est alloué respectivement au président, au vice-président et aux membres du Conseil consultatif et de ses commissions un jeton de présence de 500, 400 et 350 francs par séance à laquelle ils assistent.

§ 2.- Les membres du Conseil consultatif et de ses commissions ont droit au remboursement de leurs frais de parcours entre leur domicile et le lieu de réunion du Conseil, dans les conditions suivantes :

- ceux qui utilisent les transports en commun sont remboursés sur la base des tarifs officiels, étant ceux de première classe lorsque le moyen de transport utilisé compte plusieurs classes;
- ceux qui utilisent leur voiture personnelle ont droit à une indemnité kilométrique déterminée conformément au tableau annexé à l'arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours.

L'indemnité pour frais de parcours est fixée par jour de présence constaté au registre tenu à cet effet.

### Art. 6.

Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

Bruxelles, le 23 décembre 1997.

Pour le Gouvernement de la Communauté française :  
La Ministre-Présidente, chargée de la Promotion de la Santé  
Mme L. ONKELINX

## ARRETE DU GOUVERNEMENT DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE PORTANT DESIGNATION DES PRESIDENT ET VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL SUPERIEUR DE PROMOTION DE LA SANTE

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la Promotion de la Santé en Communauté française, notamment l'article 6;  
Vu les propositions formulées par le Conseil supérieur de promotion de la santé le 19 novembre 1997;

### ARRETE:

#### Article 1er.

Sont désignés respectivement en qualité de Président et de Vice-Présidente du Conseil supérieur de promotion de la santé pour une période de 5 ans:

Monsieur DE BOCK C., Bruxelles, Président  
Madame BANTUELLE M., Bouffloux, Vice-Présidente.

#### Article 2.

Le présent arrêté sort ses effets le 19 novembre 1997.

Donné à Bruxelles, le 5 décembre 1997.

Pour le Gouvernement de la Communauté française, La Ministre-Présidente chargée de la Promotion de la Santé  
Laurette ONKELINX

## La publicité pour le tabac en Belgique

L'interdiction de la publicité a suscité au cours des dernières semaines un débat parfois enflammé. En réponse à une demande de la revue Education Santé, la F.A.R.E.S., service agréé pour la prévention du tabagisme, vous propose de faire le point sur la question. Toutes remarques ou suggestions sont les bienvenues suite à la lecture de cet article.

### Les lois au fil des ans...<sup>1</sup>

24 janvier 1977: la loi relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits prévoyait déjà que: " le Roi peut, dans l'intérêt de la Santé Publique, réglementer et interdire en tout ou en partie la publicité concernant le tabac, les produits à base de tabac et les produits similaires".

5 mars 1980: un premier arrêté royal concernant la publicité relative au tabac prévoit, entre autres dispositions, une interdiction de faire de la publicité au moyen d'affiches à dater du 1er janvier 1982, et ce en raison de leur impact sur la jeunesse.

22 septembre 1980: deuxième arrêté royal qui complète le précédent en précisant que le nom de la marque et l'emblème de la marque peuvent être apposés sur les équipements des participants à des compétitions sportives.

21 janvier 1982: coup de théâtre, un troisième arrêté royal reporte d'un an l'interdiction frappant les affiches publicitaires pour le tabac.

20 décembre 1982: quatrième arrêté royal qui remplace les arrêtés royaux précédents (retour à la case départ); on abroge l'interdiction de la publicité au moyen d'affiches et l'interdiction de l'image publicitaire est introduite. La publicité dans la presse ou au moyen d'affiches publicitaires est autorisée, à condition qu'elle ne comporte que les éléments suivants: le nom et l'adresse du fabricant, du fournisseur ou du distributeur, la dénomination et l'espèce du produit, la marque et le sigle, la représentation des produits ou des objets qui ont un lien direct avec l'utilisation du tabac, les taux de gou-

dron et de nicotine et les données sur le prix et la quantité.

A partir de 1983, la législation est massivement contournée. Elle est freinte par une promotion d'images basées sur des thèmes tirés de la publicité pour le tabac, par le biais des allumettes, des briquets, des agences de voyages, etc. C'est ainsi que les publicités indirectes voient le jour. Depuis, les budgets consacrés à ce type de publicité ont littéralement explosé. Ils sont passés de 17 millions en 1983 à 536 millions en 1990.

Cette évolution a donné lieu à diverses plaintes du Ministre de la Santé Publique. Quinze procès-verbaux ont été dressés entre 1983 et 1989. Il a fallu 10 ans pour voir des cigarettiers condamnés à des amendes sévères.

10 avril 1990: cinquième arrêté royal relatif à la publicité pour le tabac, dont le but est de mettre fin à la publicité indirecte.

17 mai 1991: la Commission européenne dépose une proposition de directive qui prévoit une interdiction complète de la publicité pour le tabac.

22 mai 1991: on constate lors d'une audition dans les Commissions de la Santé Publique de la Chambre et du Sénat, que la publicité indirecte pour le tabac n'a pas disparu. La publicité pour les briquets et les allumettes est remplacée par celle pour des services (ex. agence de voyages) et des compétitions sportives sponsorisées par l'industrie du tabac. Ainsi, en 1995, 140 millions de francs ont été consacrés à la publicité indirecte!

11 février 1992: le Parlement européen vote pour une seconde fois une interdiction de la publicité pour le tabac. Une minorité de pays parvient à bloquer cette proposition.

25 mai 1992: Laurette Onkelinx, alors Ministre de la Santé Publique, annonce qu'elle imposera une interdiction de la publicité pour le tabac, mais que la sponsorship restera autorisée. Dès septembre 1992, ce projet d'arrêté royal est prêt!

Nouveau coup de théâtre, le 23 décembre 1992. Suite à l'avis du Conseil

d'état, le Ministre de la Santé Publique n'est plus seul à décider dans ce dossier; il partage ce droit avec le Ministre des Affaires économiques et le Ministre des Classes Moyennes. Le Conseil des Ministres décide d'interdire la publicité tout en prévoyant une exception pour la sponsorship. Cependant, en 1993, suite aux changements de fonction de quelques Ministres cette décision du Gouvernement reste lettre morte...

Trois ans plus tard, le 15 mai 1996, une proposition de loi qui vise à interdire totalement la publicité pour les produits du tabac réapparaît. Elle est adoptée le 5 juin 1996 par la Commission de la Santé Publique de la Chambre.

17 décembre 1996: après une procédure de notification auprès de la Commission européenne et des autres pays membres, la proposition est adaptée par la Commission de la Santé Publique de la Chambre et tient compte des observations de la Commission européenne.

9 janvier 1997: la proposition de loi est adoptée en séance plénière de la Chambre des Représentants à une large majorité!

Dés février 1997, la loi fait l'objet de 49 amendements dont la plupart visent à prévoir une dérogation pour la sponsorship des manifestations culturelles et sportives.

Rien n'y fait... le 27 novembre 1997, le projet de loi est adopté dans sa première version du 09/01/97.

### Mais en fait, que dit cette nouvelle loi?

Elle prévoit qu'il sera interdit de faire de la publicité et du parrainage pour le tabac, les produits à base de tabac (cigarettes, cigares, cigarillos, tabac à fumer, priser, mâcher et sucer) et les produits similaires (succédanés de tabac et parties accessoires: filtres, embouts, papier à cigarettes,...). Par

<sup>1</sup> Du côté des consommateurs: La publicité pour le tabac: en fumée? - N°6 - 24/11/97 - CRIOC - p.8.

- la suppression des inégalités entre les jeunes.

Cette brochure rassemble seulement quelques-uns des résultats de l'étude " Santé des jeunes en Communauté française de Belgique ". D'autres résultats seront diffusés dans les mois et les années qui viennent.

Passionnante quant à son contenu, et d'une grande lisibilité graphique, elle mérite une place de choix dans la bibliothèque de tout éducateur pour la santé en contact avec les adolescents.

Pour tout renseignement: Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Unité de Promotion Education Santé ULB-PROMES, route de Lennik 808, CP 596, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.81, fax 02/555.40.49, E-mails : danielle.piette@ulb.ac.be ou promes@erasme1.ulb.ac.be. ■

## Des médicaments et des notices

Quel médicament pour quelle affection? Comment agissent les médicaments? Quelles substances renferment ceux que nous prenons? Nous prescrit-on les plus efficaces?



Le " Guide Test-Achats des Médicaments " explique en détail comment agissent plus de 1500 substances actives et spécialités disponibles en vente libre ou sur prescription dans notre pays, ainsi que les risques qui y sont liés. Il parle aussi de prévention et de traitement des affections les plus courantes.

Pour chaque catégorie de médicaments, il dit comment le produit agit, à quoi faire attention avant de le prendre, comment utiliser le médicament au mieux, quelles sont les interactions possibles avec d'autres médicaments, quels sont les effets secondaires potentiels, quelles précautions doivent être prises par les plus de 65 ans.

Le guide présente aussi des feuillets de rapport, qui permettront au patient de planifier efficacement la prise de ses médicaments et de poser les bonnes questions à son médecin ou son pharmacien.

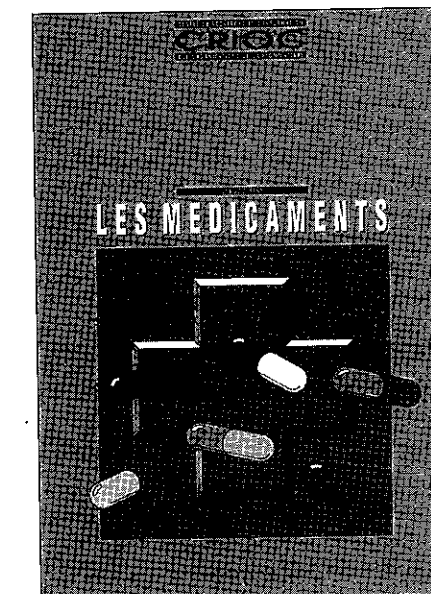
### Les notices de médicaments

Test-Achats publie également dans son bimestriel Test-Santé (n°22, novembre 1997) une enquête sur la lisibilité des notices de médicaments, en Belgique ainsi qu'en France, en Espagne, en Italie et au Portugal. Cette enquête a été menée à la fois auprès de consommateurs et auprès de spécialistes en pharmacologie de ces cinq pays. On peut notamment y lire que la lisibilité des notices laisse encore à désirer, et surtout que des différences marquées existent d'un pays à l'autre (pour ne citer qu'un exemple, un médicament est déconseillé aux femmes qui allaitent en Italie, alors que la notice belge de ce même médicament précise explicitement qu'il peut être utilisé en cas d'allaitement!).

Test-Achats, rue de Hollande 13, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.32.11. ■

### Un dossier du CRIOC

Luk Joossens, le 'Monsieur médicament' du Centre de Recherches et d'Information des Organisations de Consommateurs, a réalisé la mise à jour d'un dossier d'information qui constitue une référence en la matière.



Ce dossier présente des chiffres de vente et de consommation de médicaments en Belgique et dans d'autres pays de l'Union européenne. Il s'intéresse au coût des médicaments, à leur remboursement (avec ici également une comparaison entre pays européens), ainsi qu'à l'industrie pharmaceutique et aux sommes consacrées à la publicité destinée aux médecins et pharmaciens ou destinée au grand public.

Enfin, les différentes phases de la recherche pharmaceutique sont détaillées; le dossier se termine sur la protection des brevets et, ce n'est pas un hasard, sur les médicaments génériques. Car le CRIOC se positionne très nettement en faveur de leur développement. " Selon les organisations de consommateurs, il faut favoriser une politique rationnelle et financièrement responsable, notamment en instaurant le droit de substitution pour les pharmaciens, en élaborant des mesures pour encourager les médecins à tenir compte des coûts lorsqu'ils établissent leurs ordonnances, en favorisant les médicaments génériques et en informant les patients, afin que ceux-ci adoptent un comportement responsable lorsqu'ils consomment des médicaments. "

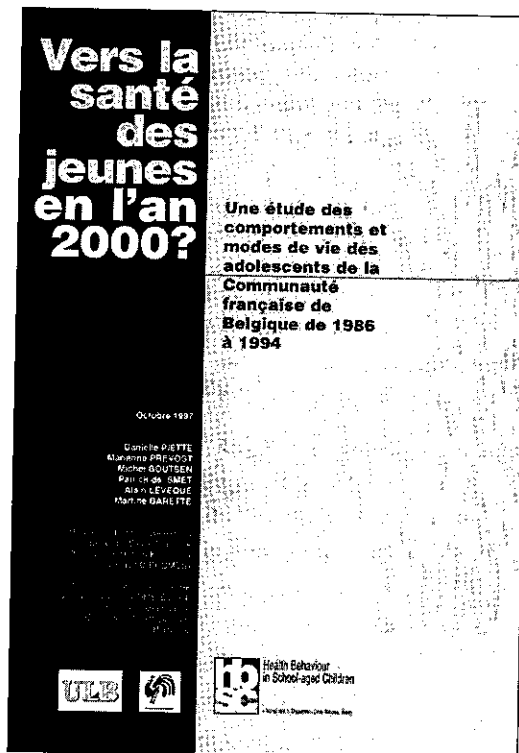
JOOSSENS L., Les médicaments, CRIOC, 1997, 41 pages.

CRIOC, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles, tél. 02/547.06.11, fax 02/547.06.01. ■

## Vers la santé des jeunes en l'an 2000?

Le but de l'étude "Les comportements de santé des jeunes" est de mieux comprendre les comportements de santé des adolescents, leur mode de vie, leur degré de bien-être, et de tirer de cet enseignement des implications pour la promotion de la santé.

Réalisée par l'équipe de PROMES (Ecole de Santé Publique de l'ULB), l'étude a débuté en 1985 et a été répétée en 1986, 1988, 1990, 1992 et 1994. Elle le sera également en 1998.



Elle se fait avec un échantillon aléatoire représentatif des jeunes de l'enseignement secondaire. La banque de données compte actuellement 29.940 jeunes.

La brochure "Vers la santé des jeunes en l'an 2000?" présente quelques résultats de cette étude. Elle décrit l'évolution des comportements au cours du temps, et les différencie selon l'âge, le sexe, le type d'enseignement (général, technique, professionnel). Il y a également des comparaisons avec d'autres régions, ce qui permet de voir où nous nous situons en Communauté française

se, de pointer des problèmes plus aigus chez nous, et de fixer des objectifs réalistes en fonction des résultats observés ailleurs.

La brochure présente les principaux résultats concernant les jeunes de 13 à 17 ans. Elle est divisée en 6 parties:

- les comportements de protection (par exemple le port de la ceinture de sécurité);
- les conduites à risque (par exemple le tabagisme);
- les relations sexuelles et la prévention du sida;
- la perception de la santé et la consommation de médicaments;

- les accidents;
- l'école comme lieu de vie.

Les deux derniers chapitres soulignent certains points forts de l'étude: les inégalités entre les jeunes, le cumul de risque, l'absentéisme scolaire, et donnent des objectifs à poursuivre pour l'an 2000.

### Constats et lignes de force

Cette étude permet de tirer de nombreux enseignements. Citons-en quelques-uns:

- la majorité des jeunes se déclarent heureux et sans problème, sans difficulté pour faire de nouveaux amis et généralement confiants en leurs capacités à faire face aux situations de la vie courante;
- la situation évolue favorablement en ce qui concerne l'hygiène dentaire, le statut vaccinal, l'alimentation (moins de frites, de hamburgers), les connaissances et croyances relatives à la transmission du sida;
- certains indicateurs se détériorent toutefois au fil des ans: la consommation de fruits et légumes diminue, celle de tabac, de boissons alcoolisées et de cannabis augmente;
- les indicateurs qui se dégradent le plus dans le temps sont ceux relatifs à la santé mentale et à la consommation de produits de type psychotrope. Cette constatation indique un

domaine où pourraient se porter les priorités;

- les inégalités entre jeunes ne disparaissent pas; pour pratiquement toutes les variables, les jeunes de l'enseignement général sont mieux lotis que ceux du technique ou du professionnel;
- des différences s'observent entre sexes: les garçons ont plus tendance à avoir des comportements à risque extériorisés tandis que les filles vivent plus de malaises psychosomatiques et consomment plus de médicaments. Ceci suggère des pistes d'actions spécifiques en fonction des caractéristiques des jeunes;
- certains jeunes - notamment les "brosseurs" - cumulent les situations, déterminants et comportements à risque;
- parmi ces déterminants, on peut dégager le manque d'estime et de confiance en soi, une intégration faible ou médiocre dans la famille ou à l'école, l'influence de tiers ayant eux-mêmes adopté des comportements à risque, un manque d'aptitude à exprimer ses problèmes, à y faire face, à rechercher de l'aide et à envisager des solutions possibles.

### Priorités générales

L'ensemble des résultats souligne la nécessité d'orienter les programmes et politiques vers:

- la lutte contre l'absentéisme et le décrochage scolaire, afin d'assurer que les projets santé bénéficient à l'ensemble des adolescents; il faut dégager des moyens supplémentaires pour ces jeunes en passe de décrochage, et adapter les structures accompagnant l'école (dont les équipes IMS et PMS) pour qu'elles s'occupent en priorité de ces adolescents;
- la promotion de la santé mentale des jeunes, y compris la lutte contre toute toxicomanie et le développement des capacités à faire face aux situations difficiles;
- l'identification et le suivi à l'école ou dans une structure attachée à l'école, de jeunes présentant un comportement à risque (toxicomanie, absentéisme, maladies sexuellement transmises, symptômes dépressifs, obésité, etc.);

ailleurs, toute communication et/ou action visant, directement ou indirectement, à promouvoir la vente, quels que soient l'endroit, le support ou les techniques utilisés seront considérés comme publicité et parrainage.

Seules les publicités en provenance de la presse ou des télévisions étrangères seront encore admises (ex. retransmission d'événements organisés à l'étranger). Seule condition, ces publicités ne peuvent pas avoir pour objet principal de promouvoir les produits du tabac sur le marché belge!

Les logos des marques utilisées aussi bien pour les produits de tabac que dans d'autres secteurs (vêtements, chaussures,...) ne pourront pas avoir de similitudes sauf le nom de la marque.

L'interdiction ne sera pas appliquée pour l'affichage de la marque de produits de tabac sur des affiches dans et sur la devanture des magasins de tabac et des magasins de journaux qui vendent des produits de tabac.

Par ailleurs, toute personne qui viendrait à enfreindre ces nouvelles dispositions sera pénalisée d'un emprisonnement d'un mois à un an ou d'une amende de 10.000 à 100.000 francs belges (à multiplier par 20).

Un nouveau débat se fait jour, une région se réveille en émoi. Au 1er janvier 1999, toute publicité pour le tabac sera interdite en Belgique.

Pour le sport automobile, le chantage a commencé. Bernie Ecclestone n'hésite pas à réagir: "Si la loi n'est pas changée, il n'y aura plus de Grand Prix de F1 en Belgique; pour nous ce n'est pas tragique car d'autres pays se pressent au portillon... Mais pour vous ça l'est".

Ceci conduit Karel Van Miert, Commissaire à la concurrence, à s'inquiéter publiquement des pouvoirs de Bernie Ecclestone. Le plus gros problème réside dans le fait que ce dernier bénéficie pour 25 ans de l'exclusivité de l'exploitation commerciale du championnat du monde de F1. En outre, il maîtrise aussi les droits de retransmission télévisée et contrôle une série d'entreprises gravitant autour du Grand Prix. Cela ne vient-il pas contredire le traité de Rome sur la

concurrence? Serait-il à la fois juge et partie?.. A suivre.

C'est un fait, le circuit de Spa-Francorchamps profite au secteur Horeca et fournit du travail une semaine par an à environ 2.500 travailleurs. La question reste donc de savoir s'il faut continuer à défendre la santé des citoyens ou contribuer à enrichir le monde des cigarettiers.

Prenons le problème autrement: n'existe-t-il pas d'autres voies de sponsoring à rechercher? La Loterie nationale ou un fonds spécial comme celui créé en France ne pourraient-ils pas être une alternative?

Pendant ce temps, l'Europe se penche sur une éventuelle période transitoire pour l'application d'une telle interdiction. Il est même prévu que chaque pays membre est en droit d'édicter une loi plus sévère s'il le souhaite.

### Quel est l'impact véritable sur la consommation d'une interdiction de la publicité pour le tabac?

En 1987 déjà, une étude approfondie sur l'impact de la publicité pour le tabac a été publiée à la demande du Ministre de la Santé publique<sup>4</sup>. Elle concluait que la publicité pour le tabac touche et influence surtout les jeunes.

Une étude, publiée dans le Journal of Marketing d'avril 1996<sup>5</sup> parvient à la même conclusion: "La publicité pour le tabac s'adresse surtout aux jeunes et l'impact de cette publicité est même trois fois plus fort chez les jeunes que chez les adultes".

Aux Etats-Unis, la société disposant du plus gros budget publicitaire pour des cigarettes s'arroge une part de marché de 59% parmi les mineurs d'âge et à peine 22% parmi les adultes. A titre comparatif, en Belgique en 1992 la part de marché s'élevait à 50% parmi les jeunes de 15 à 17 ans et à 18% chez les adultes<sup>6</sup>. Une conclusion se dessine: la survie de l'industrie passe forcément par le marché des jeunes.

Dans les pays qui ont interdit la publicité pour le tabac, les ventes ont diminué.

En Norvège (interdiction de publicité depuis 1975), le nombre de fumeurs parmi les jeunes de 16 à 19 ans a chuté de 38% en 1975 à 21% en 1994<sup>7</sup>.

En Finlande, le nombre de fumeurs chez les jeunes de 15 à 24 ans est passé de 30% en 1978 à 23% en 1994<sup>8</sup>.

En France, suite à la Loi Evin, les ventes de cigarettes ont chuté de 11%. Le pourcentage de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 12 à 18 ans s'élevait à 28% en 1992 et à 26% en 1995. Le pourcentage de fumeurs occasionnels restait cependant identique entre 1992 et 1996 soit 34%.

Selon l'industrie du tabac, le pourcentage de jeunes fumeurs en France a augmenté depuis l'interdiction de la publicité passant de 30,5% en 1994 à 35% en 1995.

Pour mémoire, l'interdiction de la publicité a pris effet au 1er janvier 1993. Or le pourcentage de jeunes fumeurs quotidiens et occasionnels était de 34% en 1992, 30,5% en 1994, 35% en 1995 et 34% en 1996. L'échantillon étant de plus ou moins 10.000 personnes aucune de ces variations n'est statistiquement significative.

### Quel impact sur l'emploi?

Les conséquences économiques du tabagisme sont multiples. Rappelons que l'industrie du tabac crée des emplois et qu'elle est une source de recettes fiscales.

On assiste cependant à une dégradation de l'emploi dans le secteur des in-

2 "Le Soir-Sports" de Br. D.

3 JOOSSENS L., Pourquoi une interdiction complète de la publicité pour le tabac? - Coalition Nationale contre le Tabac - 1997

4 Rombouts K., VELDMAN K., FAUCONNIER G. Jong geleerd is oud gedaan. Een onderzoek naar de invloed van tabaksreclame op jongeren, KU Leuven, 1987

5 POLLAY R.W., et ALII, The last straw? Cigarette advertising and realised market shares among youth and adults 1979-1993, Journal of Marketing, N°60, April 1996, pp 1-16.

6 Centre d'information sur les médias sur base de 10.000 questionnaires.

7 Statistics Finland et Directorate of Customs and Excise Norway (de 1960 à 1994).

8 Statistics Finland et Directorate of Customs and Excise Norway (de 1960 à 1994).



dustries du tabac<sup>9</sup>. Celle-ci est due principalement à l'automatisation des entreprises et à la fermeture de plusieurs unités de production en Belgique (délocalisation). La production de cigarettes se fait au moyen de machines qui nécessitent peu de personnel.

Les machines actuelles produisent 14.000 cigarettes à la minute.

Par ailleurs, depuis 1982, toute l'industrie belge de la cigarette est aux mains de grandes entreprises étrangères. Celles-ci planifient leurs activités commerciales dans un contexte européen global. Dans cette optique, une usine a été transférée à Trèves, une autre l'a été aux Pays-Bas et une nouvelle usine est en cours de construction en Grande-Bretagne. Les prévisions en matière d'emploi dans l'industrie belge du tabac pour les 10 années à venir sont donc peu réjouissantes, avec ou sans Francorchamps!

Cette dégradation de l'emploi est moins due à la baisse des ventes qu'à la politique des entreprises multinationales du tabac qui investissent dans d'autres pays plus prometteurs de revenus et qui bénéficient d'une absence de législations "contraignantes", et d'une population cible plus nombreuse et encore peu avertie des dangers qu'elle encourt suite à la consommation de tabac.

En Afrique, pour vendre davantage, les fabricants de cigarettes ont trouvé une bonne méthode. Ils envoient dans un quartier ou un village, une camionnette et des filles habillées de façon attirante, ou encore ils les dirigent vers les concerts ou les matchs de foot. Ces jours-là, ils offrent des tee-shirts, des bics, des briquets,... pour attirer les jeunes. Plus tard, lorsqu'ils seront accros tout cela ne sera plus nécessaire. Il arrive aussi que les fabricants de cigarettes donnent des paquets gratuits à un jeune, pour qu'il distribue cette "merveille" à ses amis<sup>10</sup>.

Les ventes de cigarettes diminuent chez les libraires. Par contre les distributeurs automatiques dans le secteur Horeca gagnent du terrain. Rien qu'en Belgique, on en compte 18.000. S'il y a incidence sur l'emploi, elle est certainement plus liée à l'automatisation des entreprises et aux distributeurs de cigarettes!

Une campagne d'information "anti-tabac" d'un genre nouveau, puisqu'elle émane de l'industrie du tabac. Nous en reparlerons prochainement...



### Le secteur publicitaire

En 1995 on a dépensé 815 millions de francs en publicité pour le tabac soit 1,8% des dépenses totales de la publicité dans les médias (dépenses globales = 45.093 millions).

L'effet sur l'emploi est donc limité à une perte de 1,8% des revenus. Ceci est aisément compensable vu la croissance énorme de l'ensemble du secteur de la publicité... Les publicitaires ne doivent d'ailleurs pas manquer d'idées!

Sur base des données de l'industrie du tabac, on estime qu'en 1995 celle-ci a consacré 457 millions de francs à la sponsoring de manifestations culturelles et sportives<sup>11</sup>. Ceci représente en moyenne 1/9 du budget total d'une manifestation sponsorisée d'où une perte de revenus de 11%.

### La culture du tabac?

Selon les sources industrielles en Belgique, en 1990, 521 personnes étaient employées dans la culture du tabac<sup>12</sup>. Cette dernière relève de la politique agricole commune qui est considérablement subsidiée. Le revenu des producteurs de tabac est issu à 90% des subventions et à 10% de la valeur marchande du produit. On peut ainsi conclure que l'emploi dans la culture du tabac est surtout maintenu grâce à des subventions<sup>13</sup>.

Bref, le secteur du tabac crée de moins en moins d'emplois. Par contre, il ressort d'une étude anglaise<sup>14</sup> que les anciens fumeurs dépensent davantage d'argent dans le secteur des loisirs beaucoup plus porteur d'emploi que le secteur du tabac!

Relevons un paradoxe étrange dans notre pays: plus il y a eu de publicité pour le tabac et moins il y a eu d'emploi dans l'industrie du tabac. Forcément puisque de plus en plus, le tabac est produit à l'étranger!

### Qu'en pense la Coalition nationale contre le tabac?

La Coalition nationale contre le tabac est favorable à une politique globale en matière de prévention du tabagisme, ce qui signifie aussi bien des campagnes de prévention intensives auprès des jeunes et des adultes que des mesures législatives, financières et économiques. Seuls les effets conjugués d'une interdiction complète de la publicité pour le tabac, d'une hausse des prix des produits du tabac, d'une meilleure protection des non-fumeurs et davantage de campagnes de prévention pourraient entraîner une baisse des habitudes tabagiques en Belgique.

Cette nouvelle mesure législative devrait produire des effets dans les années à venir. Cependant, si l'on veut atteindre la norme de 20% de fumeurs recommandée par l'Organisation mondiale de la santé, il convient de renforcer les campagnes de prévention auprès des jeunes, et de promouvoir des programmes d'aide aux fumeur(euse)s qui désirent arrêter de fumer.

En résumé, à la question "Pourquoi une interdiction complète de la publi-

<sup>9</sup> Rapport annuel 95 de la FEDETAB

<sup>10</sup> Voir l'article "Les jeunes Africains, nouvelle cible des fabricants de cigarettes" dans ce numéro.

<sup>11</sup> KPGM, *De economische impact van een verbod op tabakpubliciteit, inclusief sponsoring. Studie uitgevoerd in opdracht van het Informatie en Documentatiecentrum over Tabak, Brussel, 48p., 1996*

<sup>12</sup> PIEDA, *De tabaksindustrie in de Europese gemeenschap, 1990, Edinburgh, 54p., 1992*

<sup>13</sup> JOOSSENS L., RAW M., *Are tobacco subsidies a misuse of public funds? British Medical Journal, 312 pp. 832-835, 1996*

<sup>14</sup> BUCK D., GODFREY C., RAW M., *Tobacco and jobs - The impact of reducing consumption on employment in the UK, Centre for Health Economics, University of York, 54 pages, 1994*

de cinq thèmes: l'alimentation, les dents, l'hygiène corporelle, les cinq sens et les accidents domestiques.

Les jeux ont pour objectifs de rendre les enfants acteurs de leur apprentissage, de leur faire découvrir des savoirs (le numéro de téléphone du Centre Antipoisons,...), des savoir-être (devenir suffisamment responsable et solidaire pour prévenir son entourage d'un éventuel risque de contamination par les poux,...), et des savoir-faire (choisir une collation en fonction de ses goûts et de ses besoins nutritionnels, ...), qui soient transposables dans des situations nouvelles.

Conçus dans un réel esprit de promotion de la santé, les jeux ont également pour objectifs:

- de stimuler et d'accroître la curiosité, la créativité et la motivation des enfants pour leur santé;
- de favoriser par le biais de l'animation-santé, les notions de bien-être, d'autonomie, d'équilibre personnel ainsi que le développement des qualités relationnelles de chacun;
- de donner l'occasion aux enfants de formuler et faire des choix pour leur présent et leur avenir.

Devant l'intérêt et l'enthousiasme des enfants, Cultures et Santé a voulu mettre ces outils à la disposition des éducateurs. C'est ainsi que le programme d'animations a donné naissance au répertoire d'activités "Jouons santé!"

### Ce que vous y trouverez

Attractif et ludique, ce répertoire reprend des activités qui ont été évaluées avec les enfants et réajustées par la suite.

Par sa diversité, ce guide permet à l'éducateur de choisir pour son groupe une activité adaptée aux besoins de l'instant. Les enfants ont besoin de bouger? Sélectionnez un jeu corporel. Ils se sentent las, orientez-les vers un jeu de société.

Le répertoire comprend:

- les fiches explicatives des jeux;
- les annexes photocopiables servant à construire le matériel d'activité;
- une liste (non exhaustive) d'adresses où vous pourrez vous procurer d'autres supports d'animation.

Les fiches explicatives sont numérotées et classées par thèmes. Chaque fiche reprend:

- le type d'activité (jeu corporel, de coopération, de société, de découverte), avec ses variantes et ses prolongements. Sont également mentionnés, la durée de l'activité, le nombre optimal de participants ainsi que la tranche d'âge pour laquelle le jeu a été conçu;
- la liste du matériel qui renvoie aux annexes photocopiables situées en fin d'ouvrage;
- la description de l'activité spécifique la marche à suivre pour préparer le jeu et assurer son bon déroulement.

### Intéressé(e)?

Notre souhait est que tout éducateur en contact avec des enfants (instituteurs, animateurs, professionnels de la santé, ...) puisse tirer profit des découvertes et créations du programme "Jouons Santé!". Le répertoire se présente en format A4, comprend 200 pages et revient à 450 BEF (plus frais de port).

Ce programme a été retenu pour représenter la Communauté française au 1er Prix européen d'éducation pour la santé.

Des informations complémentaires sur le projet "Jouons Santé!", sur son répertoire d'activités et les moyens de l'acquies peuvent être obtenues à Cultures et Santé, avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/513.56.99. Fax.: 02/513.82.28. ■

### Les spationautes seront-ils sélectionnés pour une aventure hors du commun?

Apprendre en s'amusant, jouer tout en apprenant, c'est le rêve de beaucoup de jeunes et d'adultes. Découvrir, le corps humain comme un univers avec ses échanges constants, c'est une expérience passionnante.

Le corps humain est aussi une merveille de coopération. Sans elle rien n'est possible.

Le jeu "Organaute" propose aux jeunes à partir de 9 ans et à leurs en-

seignants de partir à la découverte des systèmes du corps humain. Une aventure sur fond d'espace pour laquelle la solidarité et les échanges sont les clés de la réussite.

Organaute, sous-titré "Mon corps, c'est ma planète" met en jeu quatre joueurs pour quatre systèmes du corps humain et les événements de la vie de tous les jours qui peuvent les influencer.

C'est un jeu de parcours, la base coopérative de ses règles doit mettre en évidence le fonctionnement simultané des différents systèmes du corps humain et leur interdépendance. Destiné à 4 ou 5 joueurs, il a été prétesté auprès de groupes scolaires de jeunes à partir de 9 ans. Il permet d'aborder la dynamique du corps humain en synthèse d'apprentissages antérieurs ou en guise d'introduction à cette matière.

Organaute dure 50 minutes et s'intègre donc facilement dans un atelier découverte. Les équipes qui réussissent le jeu recevront un matériel pédagogique pour leur classe.

### Contenu d'Organaute

- un plateau de jeu
- 4 cabines de pilotage avec une synthèse d'éléments d'apprentissage
- 75 cartes événements
- des pions joueurs, avantages et de vie
- un guide de l'utilisateur
- des pistes d'exploitation
- une cassette audio pour introduire le jeu
- une planche de reproduction du jeu à colorier
- des pistes d'exploitations pédagogiques "Pour d'autres aventures".

Organaute coûte 900 F + 150 F de port (prix de lancement), à verser au compte 877-8012301-17 "F.P.S. Mouvement d'éducation permanente". Conditions particulières selon les quantités commandées.

Pour tout renseignement: E.S.P.A.C.E. Santé de la FMSS/FPS, rue Douffet 36, 4020 Liège. Tél.: 04/341.63.31. Fax: 04/341.63.47. E-mail: s.lambermont@skynet.be. ■



## Un module de sensibilisation "Médicament, ami ou ennemi"

C'est tout un kit pédagogique sur le bon usage des médicaments. Créé par le service E.S.P.A.C.E. Santé de la FMSS/FPS, il aide les animateurs et les travailleurs de terrain (assistants sociaux, enseignants, soignants...) à travailler le thème du médicament dans des groupes d'adultes.

Le programme vise à fournir à l'utilisateur des repères concrets dans ses pratiques courantes d'automédication. Un médicament n'est pas un produit comme les autres, il peut être un ami ou un véritable ennemi...

Tout dépend comment l'utilisateur utilise pour faire face aux problèmes de la vie ! Ami, le médicament aide à gérer la santé par un usage réfléchi et adapté. Ennemi, il crée plus de problèmes qu'il n'en résout.

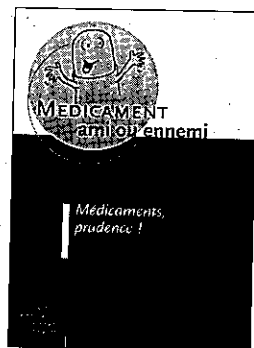
Pour ouvrir des pistes d'actions concrètes sur le médicament, pour qu'il soit le plus souvent possible un ami, E.S.P.A.C.E. Santé a développé toute une panoplie d'outils pour se rapprocher des usagers et leur parler plus aisément du médicament.

Les supports de communication et d'animation sont :

- une exposition de 14 m<sup>2</sup> et un logiciel informatique sur la gestion de la prise de médicaments;
- des brochures adaptées aux différentes tranches d'âges;
- un vidéogramme de 18 minutes "Juste ce qu'il faut" et son guide d'animation. Il comprend une fiction humoristique et une animation graphique sur la circulation du médicament dans le corps;
- un dossier pédagogique conçu comme un ensemble d'éléments d'animation de terrain au sujet de pratiques médicamenteuses (concepts de promotion, d'implantation, d'évaluation...).

Les outils permettent aux animateurs de sensibiliser le grand public en utilisant différents modes et canaux de communication diversifiés.

A partir de l'exposition, des animations pour groupes constitués ou dans des lieux publics sont possibles.



### Pour les relais sociaux de la région liégeoise

En plus du kit pédagogique, E.S.P.A.C.E. Santé organise des modules de sensibilisation à destination des relais locaux. Il s'agit de donner des repères aux relais pour qu'ils aident les usagers à mieux gérer leur utilisation des médicaments. En effet, les gens parlent beaucoup des médicaments autour d'eux (aux travailleurs sociaux, à des responsables de groupe,...) ou avec des soignants (infirmiers, médecins,...). Des contacts privilégiés existent entre intervenants et public, il importe de les renforcer.

Le but de la formation est de sensibiliser au bon usage du médicament dans la sphère de compétence de l'utilisateur et de permettre à chaque travailleur de réaliser dans son champ de compétence des projets adaptés à ses contraintes (lieux, public, temps, matériels,...) en utilisant les outils "Médicament, ami ou ennemi".

Trois étapes jalonnent la démarche de prise d'un médicament (en automédication ou prescrit) que l'on peut stigmatiser en : "face à un médicament, je réfléchis, je décide, j'agis". Ces repères de réflexion et d'action doivent être travaillés par toutes voies possibles pour que cela devienne un réflexe mnémotechnique, comme un automatisme dans le chef de l'utilisateur.

Les modules de sensibilisation se dérouleront à Liège, par tranche d'une journée, la dernière semaine du mois d'avril 1998. Ils se répartiront du 27 avril au 30 avril inclus.

Pour plus de renseignements sur le kit et sur les conditions d'accès aux formations: E.S.P.A.C.E. Santé de la FM.S.S./F.P.S., rue Douffet 36, 4020 Liège. Tél. : 04/341.63.31 - Fax: 04/341.63.47 - E-mail: s.lambertmont@skynet.be. ■

## "Jouons santé!" deux mots pour mille et une idée

Ces idées sont réunies dans le répertoire d'activités que Cultures et Santé propose aux éducateurs en contact avec des enfants de 6 à 12 ans, soit quelque 55 fiches d'activités recensant près de 100 jeux centrés sur la santé.

"Jouons Santé!" s'adresse à tous les éducateurs désireux d'utiliser le jeu pour guider les enfants vers les notions essentielles de respect de leur corps. Ce guide pratique reprend aussi bien des jeux corporels que des jeux de coopération, des jeux de société... ou encore des activités de découverte.

### Les premiers pas d'un projet

En 1996 et 97, grâce à la collaboration d'institutrices, Cultures et Santé crée un service d'animations-santé pour les enfants âgés de 6 à 12 ans.

Qu'il s'agisse d'écoles ou de maisons de quartier, ces animations ont lieu en région bruxelloise dans les zones moins favorisées. Les activités se déroulent en dehors des heures scolaires, durant les moments de détente: les temps de midi, les mercredis après-midi, les périodes de congés.

Pour accrocher l'attention des enfants et leur donner l'envie de participer pleinement à ces activités, le jeu s'est imposé comme le fer de lance des animations.

Il apparaît rapidement que les jeux santé disponibles sur le marché et adaptés aux enfants du primaire se limitent à quelques jeux de société. Il n'est pas possible de monter un programme d'animations qui aborde divers aspects de la santé sur de telles bases. Dès lors, les institutrices-animatrices inventent des jeux au fur et à mesure qu'elles organisent leurs animations. Elles peuvent de cette manière développer au mieux le thème abordé et respecter les caractéristiques du groupe auquel s'adresse l'activité.

### Petit projet deviendra grand

Mis au point dans le but d'offrir aux enfants des activités ludiques et créatives, ce programme s'articule autour

de la question: "cité sur le tabac?", que pouvons-nous répondre?

- un fumeur sur deux meurt prématurément des suites de ses habitudes tabagiques;

- le tabagisme entraîne 10 fois plus de morts que les accidents de la circulation (respectivement 15.100 et 1.449 morts en 95);

- depuis 1993, le nombre de fumeurs chez les adultes s'est accru d'un cinquième (passant de 25 à 30%<sup>15</sup>). Rappelons également que 80 % des fumeurs actuels ont commencé à fumer avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans<sup>16</sup>;

- chez les jeunes l'augmentation du pourcentage de fumeurs depuis 1990 est encore plus alarmante;

- l'industrie du tabac s'adresse surtout aux jeunes et la publicité pour le tabac

a chez les mineurs 3 fois plus d'impact que chez les adultes;

- dans tous les pays où la publicité pour le tabac est interdite, la consommation de tabac a diminué de 4 à 9%;

- l'emploi dans l'industrie du tabac a fortement baissé suite à la fermeture des usines de fabrication de cigarettes ou en raison de leur automatisation;

- les dépenses en matière de publicité pour le tabac ne représentent que 1,8% des dépenses publicitaires totales;

- le soutien financier de l'industrie du tabac représente en moyenne 1/9 du budget total des événements sponsorisés.

Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à consulter:

\* La F.A.R.E.S., service aux éducateurs agréé pour la prévention du ta-

bagisme en Communauté française, Caroline Rasson, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles.

\* La Coalition nationale belge contre le tabac, Oeuvre Belge du Cancer, Dr. D. Vander Steichel, président de la Coalition, rue Royale 217, 1210 Bruxelles.

\* CRIOC, Luk Joossens, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles.

### Sources

Proposition de loi interdisant la publicité pour les produits du tabac. Réf. 346/4-95/96 - 346/5-95/96 - 346/6-95/96 et 1 - 520/14.

Chambre des représentants de Belgique sessions des 18 juin 1996 et 26 novembre 1996.

15 CRIOC - Sobemap - Statistiques de Consommation de tabac chez les 18 ans et plus.

16 Enquête de l'I.H.E menée en 1995.

## Les jeunes Africains, nouvelle cible des fabricants de cigarettes (SYFIA-Guinée)

Les fabricants de cigarettes ne manquent pas de souffle. Alors qu'au Nord, ils commencent à reconnaître leurs responsabilités dans les maladies tabagiques, ils mènent au Sud des campagnes de publicité ravageuses en direction des jeunes.

Marché prometteur, impunité totale: tous les coups sont permis en Afrique pour pousser les jeunes à fumer. Les fabricants de cigarettes ne s'y donnent même pas la peine de faire preuve d'imagination ou d'humour, comme en témoigne ce florilège de slogans recueillis en Guinée.

Banal: "Le goût intense des bons moments".

Aguicheur: "Avec la cigarette, on est convoité par toutes les belles filles".

Fumeux: "Fumer redonne du courage au travail".

Thérapeutique: "La cigarette chasse le complexe et la timidité".

Gonflé: "La cigarette donne de la puissance au corps et à l'esprit".

Romantique: "Fumer rend indéfectible les liens entre deux conjoints".

Tordu: "La cigarette procure du plaisir dans la fidélité"...

Ces messages, débités par les fourgonnettes des fabricants qui sillonnent le pays, font mouche. "Pour être à la page, il faut absolument fumer car la cigarette est indissociable de notre époque", entonne un jeune étudiant de Conakry. La méthode de séduction est directe: lors de ces tournées, de jeunes créatures en tenue spéciale distribuent aux jeunes des gadgets (tee-shirts, bics, porte-clés et, bien sûr, cendriers, briquets et autres articles pour fumeurs).

"Nous travaillons avec les filles car elles peuvent convaincre facilement les jeunes d'épouser notre marque", déclare un importateur de cigarettes. "Rien qu'en voyant ces belles demoiselles, confirme un de ses collègues, tu es tenté de les aborder. Alors si elles viennent vers toi pour te proposer une cigarette, tu ne peux pas résister à leur offre."

Détaillants, étalagistes et marchands ambulants reçoivent eux aussi leur lot de babioles pour l'achat de quelques cartouches. C'est surtout lors des grosses rencontres populaires, matchs ou concerts, que les

firmes essaient de marquer des points en faisant des adeptes. A l'occasion d'un seul spectacle, un jeune peut récolter une dizaine de paquets de cigarettes gratuits, autant de tee-shirts et de parapluies! A lui ensuite de faire la promotion auprès de ses amis.

### Les fabricants font la loi

Ces stratégies commerciales ont été mises au point par les marques pour contourner la loi guinéenne, qui, depuis 1988, interdit la publicité en faveur des cigarettes par tous les médias. Tandis que ces derniers y vont de leur refrain aussi "gentil" qu'inefficace, "La cigarette tue comme elle se consume", les importateurs se sont reconvertis dans le sponsoring. Les marques déroulent ostensiblement leurs banderoles lors des manifestations officielles. Commentaire d'un fonctionnaire: "Le gouvernement a fait perdre beaucoup d'argent aux médias. Pour rien! Car la consommation de tabac depuis, au lieu de diminuer, s'est accrue considérablement".

Le marché de la marque Winston, par exemple, fabriquée par l'Entreprise des tabacs en Guinée (ENTAG) du groupe français Bolloré, a pendant longtemps été protégé par le gouvernement guinéen. En échange de quoi la firme sponsorisait la Fédération guinéenne de football en équipant les joueurs et en payant leurs déplacements. Mais face à la concurrence des marques américaines, deux fois moins chères, qui entraient en contrebande par les frontières terrestres, ENTAG a vu ses ventes diminuer fortement. Le gouvernement a dû ouvrir les frontières (1).

"La Guinée est devenue le dépotoir de toutes sortes de cigarettes venues d'Europe et d'Amérique", constate un jeune apparemment allergique à la fumée. Pas moins de cinquante marques s'y disputent le marché. La concurrence est si vive que fumer est à la portée de tous. Un paquet ordinaire ne coûte que 175 F CFA, à peine plus que le plat de riz quotidien, et la plupart des fumeurs le font durer deux jours et plus. Seule la luxueuse Dunhill atteint 500 F CFA le paquet.

Les campagnes guinéennes sont le terrain idéal des opérations publicitaires. Les dangers du tabac y sont peu médiatisés et les jeunes particulièrement perméables aux sirènes de la modernité. Persuadés qu'une cigarette aux lèvres les rend irrésistibles,

c'est pour eux une glorieuse faveur de se la faire allumer par une fille, fût-elle payée pour cela. En outre, dans les villages, ils peuvent acheter les "mèches" au détail par quatre ou cinq.

Les vieilles personnes n'apprécient guère cette mode. Le tabac est à leurs yeux un facteur de dépravation des mœurs tout comme l'alcool. "De notre temps, tu comptais sur les doigts d'une main ceux qui chiquaient le tabac. Ils étaient même menacés d'excommunication", rappelle l'une d'elles. Quelques villages ont cherché à résister en interdisant la cigarette mais le résultat ne semble guère probant car fumer devient alors un exploit pour les jeunes. Erudits, sages et imams prient dans les mosquées pour protéger les enfants de ce fléau. S'il leur faut absolument un vice, disent certains, qu'ils prennent de la cola, acceptée par tous et dont l'arbre plaît à Dieu.

Certains marabouts ont recours à une "solution" pour le moins originale pour désintoxiquer les fumeurs. Ils écrivent des versets du Coran sur des planchettes puis lavent l'encre avec de l'eau qu'ils recueillent dans une bouteille. Le fumeur est prié d'en boire une gorgée chaque matin. Un fonctionnaire assure avoir réussi à se servir ainsi. Le remède fait sourire les jeunes, conscients que le mieux placé

pour arrêter de fumer, c'est encore le fumeur lui-même.

En Guinée, la plupart des jeunes âgés de 15 à 30 ans fument. Les filles s'y mettent aussi. C'est de leur part une réaction à l'angoisse, diagnostiquent les sociologues. L'emploi est rare, le mari aussi. Alors la cigarette devient un moyen de chasser soucis et ennuis, d'alléger un peu le poids de la vie. "Ma copine fume et moi qu'est-ce que je peux faire sinon la suivre?", lâche, fataliste, un jeune homme.

La crise est un terreau fertile pour le tabac.

**Abdoulaye Diari Diallo, Denise Williams**

*L'agence Syfia diffuse en Europe et en Afrique des informations émanant de journalistes africains. Contact en Belgique: André Linard, tél. et fax: 02/520.29.01, e-mail: andre.linard@ping.be.*

(1) En Afrique, le chiffre des importations de cigarettes est à manipuler avec précaution du fait de l'importance de la contrebande. Le Niger importait officiellement pour 11 millions de dollars de cigarettes par an en 1993, ce qui représente 2,62% du total de ses achats, la Guinée 8 millions de dollars, le Togo 7,1 millions de dollars, le Bénin 4,6 millions, le Sénégal et la Mauritanie 3,5 millions chacun.

gendre la dépendance et les produits du tabac ont fait ou font encore l'objet d'une commercialisation agressive par une industrie puissante qui fait valoir auprès des jeunes des images d'indépendance, d'émancipation et de séduction, alors que les produits qu'elle vend sont en réalité mortels et invalidants", a poursuivi le Dr Nakajima.

Selon le Directeur général de l'OMS, la situation est particulièrement préoccupante dans les pays moins développés où vivent 80 % de la population mondiale, car le grand public y est moins sensibilisé aux conséquences pour la santé du tabagisme et les

nication sont peu informés sur les activités du CMP et donc peu motivés pour en faire la publicité. La communication du CMP avec ces assistants sociaux est défailante: les contacts sont trop peu fréquents et trop superficiels. Les supports de communication (dépliants et affiches) ne sont pas utilisés de façon optimale.

"Une deuxième cause est l'absence de systématisation d'une information lorsque les personnes se présentent à l'accueil pour un bilan médical."

"Une troisième cause est la surcharge de travail dont se plaint l'équipe du CMP."

"Une quatrième cause est l'hésitation de leurs promoteurs quant au ratio à respecter entre les candidats réfugiés politiques, initialement visés par l'opération, et les autochtones.

La tendance à la limitation de l'accès des candidats réfugiés politiques aux ateliers n'encourage pas une publicité active en faveur de ce segment de la population-cible."

L'équipe des évaluateurs suggère les "remèdes suivants.

Pour toucher un plus large public, les ateliers devraient faire l'objet d'actions de communication plus déterminées de la part de leurs promoteurs. En particulier, la présentation des ateliers devrait être rendue systématique à l'accueil des personnes se présentant pour un bilan médical.

La communication devrait davantage passer par les assistants sociaux des antennes de quartiers. Ceux-ci seraient de bien meilleurs relais si des réunions d'information et de discussion étaient organisées à leur intention par le CMP.

Le CMP devrait rechercher les moyens d'assurer la prise en charge des candidats réfugiés politiques dans le cadre de ce dispositif.

Par ailleurs, l'équipe des évaluateurs estime utile de diversifier les ateliers qui sont proposés à cette population précarisée.

Comme on peut s'en douter c'est une gageure de résumer en quelques lignes un projet de ce type. Au cours de cet exercice, on ne peut éviter les raccourcis, on risque de manquer de nuances et on passe sous silence bien des éléments et des aspects comme, par exemple, la description détaillée des objectifs spécifiques de chaque activité mise en place. Dès lors, nous invitons celui ou celle qui souhaiterait compléter son information à prendre contact avec les promoteurs du projet. N'hésitez pas à vous adresser à Madame Lekien, dispensaire du CPAS de Liège, Place Saint Jacques 13, 4000 Liège, ou aux évaluateurs.

*CERES, Université de Liège, M. Andrien, V. Halbardier; I. Joslet, Evaluation globale, dynamique et participative des activités de promotion de la santé du centre médico-préventif du CPAS de la Ville de Liège, septembre 1997. CERES, rue Stéuart 2, 4000 Liège.*

**Carine Lafontaine, CLPS Liège**

## Sucré salé

Dans le cadre du programme 'En route pour des midis à l'école plus agréables', nous vous offrons au centre de ce numéro une fiche-outil sur la découverte du monde des saveurs.

Quelques notions de base, des références bibliographiques, et surtout des expériences faciles à réaliser vous mettront l'eau à la bouche.

- je reconnais les aliments par le goût;
- je reconnais les aliments par le goût et l'odorat;
- je goûte avec ma langue;
- je poursuis les expériences à l'école ou à la maison.

Pour de plus amples informations : Christine Lachaussée et Cristine Deliens, au 02/538.23.73.

## Réabonnez-vous !

Comme chaque année, nous vous invitons à nous renvoyer le feuillet joint à ce numéro d'Education Santé si vous désirez continuer à recevoir la revue en 1998.

Ne tardez pas à réagir, sinon vous risquez de voir votre abonnement interrompu. Avouez que cela serait dommage !

Si vous ne trouvez pas le bulletin de réabonnement, n'hésitez pas à prendre contact avec nous :

Education Santé,  
rue de La Loi 121,  
1040 Bruxelles.  
Tél. : 02/237.48.52,  
Fax : 02/237.33.10.

## Tabac: danger planétaire!

Le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a comparé l'épidémie de tabagisme à un incendie qui ravagerait le village planétaire. Prenant la parole lors d'une conférence de presse organisée à Beijing à l'occasion de la Dixième Conférence mondiale sur le tabac ou santé, il a appelé tous les habitants de la planète à combattre "cette catastrophe évitable de santé publique".

"Les nouvelles données dont on dispose montrent que la moitié des fumeurs invétérés meurent des suites de la consommation de tabac et cela non seulement dans les pays développés,

mais aussi dans les pays en développement. Si l'épidémie de tabagisme a atteint son pic dans les pays hautement industrialisés, elle est encore dans sa phase ascendante dans les pays moins développés", a déclaré le Dr H. Nakajima.

Chaque année, le tabac entraîne près de 3,5 millions de décès dans le monde et ce chiffre passera à 10 millions de décès annuels dans les années 2020, dont 7 millions dans les pays en développement. Cinquante pour cent de ces décès évitables surviennent à l'âge mûr (35-69 ans), privant les victimes de près de 22 années d'espérance de vie normale. "La nicotine en-

## Les phases de l'évaluation

### Le cadre conceptuel

La première phase de l'évaluation a donc été l'élaboration d'un cadre conceptuel de référence commun aux membres du groupe d'évaluation.

L'élaboration d'un tel cadre conceptuel comprend trois étapes:

- la clarification du problème auquel le projet tente d'apporter une solution, l'identification et la hiérarchisation de ses causes (par la construction d'un modèle hypothétique causal) et l'explication des objectifs poursuivis par le projet;
- l'identification des éléments constitutifs du projet, à savoir les inputs (ou intrants, ou encore ressources), les processus (ou activités), les outputs (ou résultats) et les outcomes (ou effets);
- l'élaboration d'un modèle dynamique du projet, qui permet d'organiser en un tout logique et cohérent les éléments de celui-ci.

### La clarification du problème et l'élaboration d'un modèle causal

Cette méthode consiste à analyser en groupe les facteurs qui influencent la situation que l'on veut améliorer, ici le dynamisme des usagers. Il s'agit d'une analyse en arbre qui s'effectue de haut en bas, des causes les plus proches aux causes les plus éloignées.

Le modèle hypothétique causal résulte d'un travail d'analyse. Il est un outil conceptuel commun aux acteurs du projet, en particulier les membres du groupe d'évaluation. Il permet de situer la pertinence de toute activité menée dans le cadre du projet par rapport au problème à traiter.

### Le tableau Hippopoc

L'identification des éléments constitutifs du projet, également réalisée en groupe, a abouti à la construction d'un tableau HIPPOPOC (H pour la forme, IP pour input, P pour processus, OP pour output et OC pour outcome). Ce tableau donne une idée claire du contenu du projet, de ce qu'on y investit, de ce qu'on y fait, des résultats et des effets qu'on en attend.

### Le modèle dynamique

Lorsque ce tableau HIPPOPOC est prêt, on peut passer à la réalisation d'un modèle dynamique. Ce modèle dynamique a aussi été élaboré en groupe d'évaluation.

La réalisation du modèle dynamique permet d'identifier des éléments du projet par rapport auxquels des indicateurs peuvent être recherchés.

### Le recueil des données

#### Les données chiffrées du Centre médico-préventif

La première source de données est constituée des dossiers tenus par les responsables du CMP. Cependant cette source ne suffisait pas.

Il a donc été décidé de mener deux enquêtes complémentaires:

- l'une auprès des bénéficiaires des activités du CMP;
- l'autre auprès des assistants sociaux qui servent de relais entre le CPAS (et donc le CMP) et la population dans les quartiers de Liège.

#### Les enquêtes complémentaires

##### Enquête auprès des bénéficiaires

L'équipe d'évaluateurs a contacté par courrier les septante-sept personnes qui ont suivi régulièrement les ateliers du CMP en 1996.

La lettre présentait brièvement le projet d'évaluation et invitait la personne à se présenter dans les locaux du CMP pour être interviewée à une date et à une heure bien précise.

Sur septante-sept personnes sollicitées de cette façon, trente-sept (soit 48%) se sont présentées à l'entretien.

##### Enquête auprès des assistants sociaux

Dix-sept assistants sociaux ont été choisis au hasard.

Chaque assistant social choisi a été contacté individuellement afin de convenir d'un rendez-vous.

Pour chacune des catégories de personnes interrogées, un guide d'entretien a été produit.

#### Présentation des résultats

L'évaluation a été réalisée de février à juin 1997. Voici quelques-unes des

conclusions que l'équipe d'évaluateurs en tire. Le Centre local de promotion de la santé a choisi de reprendre les propos de l'équipe des évaluateurs sans développer une discussion critique.

"De nombreux facteurs qui ont été identifiés collectivement sont susceptibles d'être influencés par les activités de promotion de la santé du CMP. L'équipe d'évaluateurs en conclut qu'on peut donc considérer le projet du CMP comme pertinent par rapport à l'objectif à atteindre, à savoir la redynamisation des usagers."

"Un aspect très souvent cité est le plaisir du groupe qui permet aux personnes de rompre un isolement et de reprendre confiance en elles. Beaucoup ont affirmé avoir trouvé dans le groupe, au contact des autres, un dynamisme qui les a remotivées. A ce niveau, deux ateliers semblent être privilégiés: l'atelier cuisine et l'atelier sport."

"L'utilisateur du CPAS aura sans doute, à la faveur de son passage au CMP, progressé vers une meilleure santé physique, mentale et sociale. L'équipe des évaluateurs souligne que tous les indicateurs recueillis dans le cadre de cette évaluation convergent vers cette conclusion."

L'équipe d'évaluateurs poursuit en ajoutant que ces considérations positives sur l'utilité des activités du CMP doivent être nuancées par les données quantitatives.

En effet, seul le bilan médical atteint une masse critique de fréquentation, avec 1868 consultations en 1996. Le service psychologique a seulement offert 194 consultations et les ateliers n'ont accueilli que 77 personnes pour la même année 1996. C'est évidemment fort peu au regard de la clientèle potentielle de ces services.

L'équipe des évaluateurs avance différentes hypothèses pour expliquer ce fait:

"Une première cause de la faible fréquentation des ateliers est à rechercher dans le manque de communication avec la population-cible. Les assistants sociaux, qui devraient être les principaux relais de cette commu-

fonds disponibles pour contrer les pratiques de commercialisation des grandes sociétés transnationales productrices de tabac sont insignifiants. L'absence d'accord international protégeant les pays moins développés de l'"agression commerciale" des grands cigarettiers rend ces pays encore plus vulnérables. Le texte "Les jeunes Africains, nouvelle cible des fabricants de cigarettes" en est une illustration très parlante.

## Le péril jaune

De nouveaux chiffres concernant la mortalité due au tabagisme en Chine ont été présentés par le Ministre chinois de la Santé, le Professeur Chen Minzhang. Ces chiffres proviennent de la plus grande étude jamais réalisée sur les décès dus au tabagisme.

D'après ces nouveaux résultats, si le nombre de fumeurs continue d'augmenter au rythme actuel, le tabac tuera le tiers de la population masculine chinoise. En effet, sur 300 millions d'hommes âgés aujourd'hui de 0 à 29 ans, près de 200 millions se mettront à fumer. S'ils fument toute leur vie, 100 millions seront tués par le tabac et la moitié de ces décès surviendront avant l'âge de 70 ans.

Des chercheurs de Chine et du Royaume-Uni travaillant sous la direction du Professeur Liu Boqi, de l'Académie chinoise des Sciences médicales, ont étudié les habitudes en matière de tabagisme d'un million de Chinois décédés entre 1986 et 1988 dans 99 communes rurales et urbaines. Les résultats de cette enquête et d'études conduites par le Professeur Niu Shiru et le Dr Yang Gonghuan, appartenant tous deux à l'Académie chinoise de Médecine préventive, montrent que, déjà, près de 750.000 décès par an sont dus au tabagisme dans ce pays et qu'il s'agit pour la plupart d'hommes.

"Nous sommes confrontés à une tâche gigantesque et il nous faut mobiliser l'ensemble de la société pour freiner l'épidémie croissante de tabagisme en Chine," a déclaré le Professeur Chen Minzhang. "Parmi les

jeunes qui fument aujourd'hui," a-t-il ajouté, "un sur deux risque de décéder à cause du tabac". Le Ministre chinois de la Santé a également rendu hommage à l'Association chinoise sur le Tabac et la Santé créée en 1990 pour ses efforts de lutte contre la promotion et la consommation de tabac.

Pour sa part, le Professeur Richard Peto de l'Université d'Oxford/Centre collaborateur OMS pour la lutte contre les maladies chroniques, qui est aussi un des chercheurs ayant pris part à l'étude, a souligné: "Les derniers chiffres montrent que la Chine a maintenant délogé les Etats-Unis d'Amérique de la première place du classement des pays enregistrant le plus grand nombre de décès dus au tabagisme.

Il y a deux choses importantes à savoir pour les fumeurs: d'une part, que la moitié des fumeurs invétérés meurent de la consommation de tabac, mais d'autre part, et c'est le point positif, que le fait d'arrêter de fumer réduit véritablement les risques. Si le fumeur parvient à arrêter de fumer avant de souffrir d'un cancer incurable ou d'une autre maladie grave, il se soustraira pratiquement entièrement au risque de décès par tabagisme. Mais à moins qu'un grand nombre des fumeurs adultes d'aujourd'hui n'arrêtent de fumer, on dénombre dans le monde près de 100 millions de décès liés au tabac au cours des vingt prochaines années. Et il ne suffira pas d'empêcher les enfants de se mettre à fumer pour éviter cette hécatombe."

Selon les résultats des recherches le tabagisme tue chaque jour 2000 personnes en Chine. L'emphysème et le cancer du poumon sont les principales maladies provoquées en Chine par le tabac, qui est responsable également d'un nombre important de décès dus à six autres maladies: le cancer de l'oesophage, le cancer de la tuberculose, l'accident vasculaire cérébral et les cardiopathies ischémiques.

"Ces nouveaux chiffres concernant la Chine font passer les estimations mondiales de la mortalité due au tabagisme établies par l'OMS de 3 millions de décès par an à près de 3 mil-

lions et demi de décès par an en 1997, et ce chiffre est en augmentation. Des mesures plus strictes s'imposent si l'on veut ralentir l'augmentation de la mortalité due au tabagisme en Chine et partout ailleurs dans le monde", a fait observer le Directeur général de l'OMS.

Les nouvelles conclusions ont été présentées au cours de la séance d'ouverture de la dixième Conférence mondiale sur Tabac ou santé à Beijing et seront publiées prochainement dans le British Medical Journal.

"La Chine n'a rejoint que tardivement la campagne mondiale de lutte antitabac", a fait observer le Professeur Lu Rushan de l'Académie chinoise des Sciences médicales, Secrétaire général de la Dixième Conférence mondiale sur le tabac ou la santé, qui a réuni à Beijing quelque 900 experts de la lutte antitabac de 101 pays et 800 de leurs collègues chinois.

"La Conférence mondiale renforcera les efforts internationaux de lutte contre l'épidémie de tabagisme dans le monde. Elle donne également à la Chine la possibilité de bénéficier de l'expérience internationale et d'encourager les efforts de lutte antitabac sur son territoire, ce qui pourrait avoir un impact déterminant sur la prévention des maladies et des incapacités et la baisse de la mortalité en Chine", a-t-il expliqué.

La Chine appartient à la Région OMS du Pacifique occidental. Dans l'ensemble de la Région, on estime que 60 % des hommes et 8 % des femmes fument. Le Dr Sang Tae Han, Directeur régional, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, a précisé que ces pourcentages représentaient 340 millions d'hommes et 45 millions de femmes.

"La population de la Région du Pacifique occidental va augmenter d'environ 500 millions d'habitants et passer de 1,5 milliard à l'heure actuelle à 2 milliards en 2025. Même si les taux de tabagisme demeurent inchangés, le nombre total de fumeurs augmentera de façon spectaculaire et par conséquent aussi le nombre de décès liés au tabac."



"Les pays de notre Région ont déjà demandé qu'un certain nombre de mesures collectives soient prises pour enrayer l'épidémie de tabagisme. L'instauration d'une Région Pacifique occidentale libérée de la publicité en faveur du tabac d'ici l'an 2000 en est une. La mauvaise nouvelle que constitue le développement de l'épidémie de tabagisme en Chine ne fait que renforcer notre détermination à éliminer la publicité en faveur du tabac dans toute la Région du Pacifique occidental", a déclaré le Dr Han, en soulignant que l'OMS allait redoubler d'efforts, pour mettre en oeuvre le Plan régional d'Action sur le tabac ou la santé, notamment des mesures complètes de législation et d'éducation sur la nocivité du tabac.

### Les femmes aussi

Dans de nombreux pays, la consommation de tabac augmente chez les femmes et ce problème était l'un des principaux points inscrits à l'ordre du

jour de la Conférence de Beijing. "Parmi les décès imputables au tabagisme, on compte plus de 500 000 femmes" a déclaré le Dr Judith Mackay (Hong Kong), membre du tableau OMS d'experts sur Tabac ou Santé et membre du comité d'organisation de la Conférence.

"Au niveau mondial, on estime qu'environ 12 % des femmes fument, contre 47 % des hommes. Mais la plus faible consommation de tabac parmi les femmes ne doit pas nous paraître rassurante", a-t-elle poursuivi.

"Des études menées dans différents pays ont montré que le tabagisme féminin constituait un problème particulier de santé publique. Car les fumeuses n'ont pas seulement à subir toutes les conséquences nocives pour la santé que connaissent les fumeurs de sexe masculin, elles sont également exposées à d'autres problèmes spécifiquement féminins. Il semblerait que le tabagisme soit en augmentation chez les filles autant dans les pays développés que dans les pays en développement. L'un des plus grands

défis pour la santé publique dans le monde d'aujourd'hui consiste à éviter la propagation de l'épidémie de tabagisme chez les femmes, et surtout dans les pays en développement où elles ne sont pour le moment que moins de 10 % à fumer", a conclu Mme Judith Mackay.

Le Dr Nakajima a souligné: "Lorsqu'au niveau mondial, pratiquement 10 000 personnes meurent chaque jour parce qu'elles ont consommé du tabac, les bonnes intentions ne suffisent plus. C'est pourquoi les Etats Membres ont demandé à l'OMS d'aller plus loin et d'élaborer une convention - cadre internationale pour la lutte antitabac."

"Les travaux préparatoires ont déjà commencé et j'espère que tous les pays seront prêts à soutenir la transformation des recommandations de l'OMS en faveur de mesures complètes de lutte antitabac en principes de droit international", a conclu le Directeur général de l'OMS.

d'après le Communiqué OMS/61 du 25/08/1997.

## Le programme européen de promotion de la santé pour 1998

### Introduction

La promotion de la santé s'intéresse aux modes de vie sains et à la création d'environnements favorables. Elle met en jeu des stratégies intersectorielles et pluridisciplinaires dans divers contextes et englobe la santé publique, la prévention et la promotion dans le domaine de la santé.

Le programme d'action communautaire pour la promotion de la santé a pour objectif d'encourager l'évaluation de l'impact des politiques et des instruments de promotion de la santé, ainsi que l'élaboration d'une approche de la promotion de la santé dans les Etats membres, en favorisant la définition des stratégies de promotion de la santé, leur évaluation et la diffusion de modèles de bonne pratique.

A travers des mesures spécifiques de prévention et de promotion de la santé, le programme vise à améliorer la qualité de l'information utilisée en ce qui concerne certains facteurs de risque et déterminants de la santé. Une attention particulière sera accordée aux approches intersectorielles et pluridisciplinaires ainsi qu'à la création d'environnements favorables à la promotion de la santé pour les groupes vulnérables ou défavorisés.

Le programme s'attachera également à améliorer la connaissance des mécanismes de conception des messages de santé et d'évaluation des méthodes d'information sanitaire et à encourager un échange d'information et de documentation entre les professionnels et les responsables des poli-

tiques de santé publique et de promotion de la santé.

Il encouragera une intégration accrue de l'éducation à la santé dans les écoles, y compris de l'éducation sexuelle. Il favorisera la promotion et la diffusion des expériences et méthodes les plus performantes d'éducation à la santé, adaptées à des groupes et à des contextes différents.

Le programme veut également contribuer à informer les professionnels de la santé ainsi que les décideurs et les gestionnaires de la politique et de l'action en matière de santé et les acteurs de la promotion de la santé sur le terrain (par exemple enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, médecins) des nouvelles connaissances, des nouveaux concepts et des nou-

## Locale

### Les activités de promotion de la santé du Centre médico-préventif du CPAS de la Ville de Liège

Le Centre local de promotion de la santé de Liège vous résume une initiative originale menée au CPAS de Liège en se fondant sur un document élaboré par le CERES (Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé de l'Université de Liège). Celui-ci est intitulé "Evaluation globale, dynamique et participative des activités de promotion de la santé du centre médico-préventif du CPAS de la Ville de Liège" (auteurs: Michel Andrien, Véronique Halbardier et Isabelle Joslet).

En effet, ce CPAS, considérant que "la santé est une condition primordiale à tout processus de réinsertion sociale", a créé un Centre médico-préventif (CMP). Ce service s'est donné pour missions des activités de prévention et d'éducation pour la santé en faveur de la population aidée par cette structure.

#### Le Centre médico-préventif

Ce centre, subventionné par le CPAS, le Fonds social européen, la Communauté française, la Région wallonne... définit comme suit ses objectifs spécifiques:

- agir sur les facteurs qui déterminent la santé;
- apporter aux usagers les moyens nécessaires à l'autogestion de leur capital santé dans leur contexte;
- fournir une éducation adaptée;
- donner accès à des mesures préventives;
- orienter les bénéficiaires vers des modes de vie et des mécanismes d'adaptation;
- travailler en coordination avec les services existants adaptés à ces personnes.

D'une manière plus générale, le Centre se donne pour finalité ultime la réinsertion sociale par une redynamisation des usagers.

Pour ce faire, le Centre offre aux usagers les services et activités suivants:

- bilan médical: bilan préventif annuel, établissement d'un dossier médical, visite médicale;
- bilan psychologique: entretiens, tests, aide à la personne pour définir ses besoins;
- atelier cuisine: une fois par semaine, sous la conduite d'un formateur, un groupe prépare un plat. L'atelier cuisine dure six mois. Il répond à différents besoins: se nourrir de manière saine et équilibrée à petit budget, rencontrer d'autres personnes, sortir de chez soi, être motivé par un projet, s'intégrer (pour une population étrangère) par des échanges autour d'un repas...<sup>1</sup>
- atelier secourisme: module de 40 heures de cours pratiques et théoriques de secourisme;
- espace de remise en forme: gymnastique d'entretien, assouplissement, musculation légère, relaxation, initiation aux sports individuels et/ou collectifs...
- espace rencontre: une fois par semaine, une rencontre est organisée autour d'un thème présenté par un spécialiste. L'objectif en est l'information et l'amélioration des connaissances en vue d'une meilleure prise en charge de sa santé et de sa vie sociale;
- atelier qualité de vie: on y aide les personnes à développer un projet personnel ou collectif.

En 1997, une procédure d'évaluation du projet a été mise en place et a été coordonnée par le CERES (Centre d'enseignement et de recherche en éducation pour la santé de l'Université de Liège).

#### L'évaluation du Centre médico-préventif

##### Les objectifs

Le mode d'évaluation choisi représente une tentative de construire des outils conceptuels et des indicateurs qui devraient servir à améliorer le projet dans un avenir proche.

Il s'agit d'une évaluation formative qui tente de répondre à quatre questions:

- les activités entreprises dans le cadre du projet de promotion de la santé du CPAS constituent-elles une réponse logique aux problèmes que le projet est censé résoudre?

- ces activités se déroulent-elles à la satisfaction de ceux qui y sont impliqués?

- ces activités conduisent-elles à des résultats et à des effets observables dans le chef des bénéficiaires?

- ces résultats et ces effets observables correspondent-ils aux objectifs du projet?

A partir d'une réponse à ces questions, il est en effet possible de formuler des recommandations à l'intention des responsables du projet, afin d'apporter des améliorations à celui-ci.

#### Les acteurs de l'évaluation

Quatre catégories d'acteurs sont impliqués dans l'évaluation:

- les bénéficiaires du projet de promotion de la santé, à savoir les personnes aidées par le CPAS qui participent aux activités du projet;

- les décideurs, ou responsables du projet, à savoir les autorités du CPAS;

- les opérateurs, à savoir ceux qui mettent en oeuvre le projet au jour le jour;

- les évaluateurs, à savoir les membres de l'équipe du CERES, chargée de l'évaluation.

(Un groupe d'évaluation d'une douzaine de personnes a donc été constitué, composé de représentants de ces quatre catégories d'acteurs. Ce groupe s'est réuni à cinq reprises pendant une demi-journée pour élaborer le cadre conceptuel de l'évaluation et du projet lui-même, puis pour analyser les résultats du recueil des indicateurs et pour élaborer les conclusions et les recommandations.

<sup>1</sup> Pour en savoir plus, voir dans ce numéro l'article de Xavier Lechien et Pascale Melotte "Les ateliers Cuisine-Rencontre Santé: retrouver les valeurs de l'échange";



## Histoire d'une découverte: la Malle Santé Epidaure

### Pour une approche ludique de la santé

Malle à délices, malle à malices, trésor de malle découverte au hasard, lors d'un colloque à Montpellier.

Elle nous arrive, intacte après un long voyage. Enfin on la découvre, emballée de milliers d'étoiles de frigolite. On la soulève de son berceau avec mille précautions.

Pas de doute, l'imagination n'a pas confondu le réel et l'illusoire... la Malle fait merveille.

Que recèle cette forme rectangulaire, parée d'un joli quadrillage bleu et blanc? Séduisante certes, mais après?... On l'ouvre, elle laisse gracieusement entrevoir son contenu.

Conçue par un médecin de santé publique et un instituteur maître-formateur, elle illustre l'étroite collaboration entre la Santé et l'Education nationale française. Elle concrétise la volonté d'aider les enseignants à oeuvrer dans le domaine de l'éducation pour la santé, afin de rendre l'enfant acteur de ses apprentissages, d'instaurer chez lui la perception des mécanismes de son corps, de son esprit, et de son environnement.

L'enfant âgé de 9 à 11 ans peut expérimenter, observer, comprendre son corps et sa santé, mettre en pratique les connaissances acquises par rapport à son corps et son fonctionnement et aborder la notion de risques pour lui et la collectivité.

### Un espace de parole

Grâce à 7 ateliers et plus de 40 fiches de recherche sur les thèmes de l'alimentation chez nous et dans le monde, de la digestion, de la respiration, de la circulation sanguine et des dents, l'enfant est mis en recherche et en action.

Ces ateliers proposent un espace de parole dans lequel l'enfant avec son vocabulaire échange et argumente sur son corps et sa santé.

Dans chaque atelier, l'enfant peut expérimenter, mener des observations, manipuler.



Toutes les activités tendent à faire émerger la curiosité et le comportement critique, à donner un sens au savoir. Les outils et les documents qui sont proposés à l'enfant permettent d'appréhender les dimensions de son intimité et de son environnement.

La Malle Santé Epidaure s'offre donc à la fois comme un outil au service de la promotion de la santé et au service de la citoyenneté.

La malle peut être employée de diverses façons. Elle a fait l'objet d'une recherche afin de favoriser l'autonomisation des enfants et donc pour permettre le fonctionnement en ateliers simultanés ou indépendants.

Au niveau pédagogique, notons que l'outil propose des connaissances que l'enfant peut intégrer dans son apprentissage scolaire en termes de lecture, d'orthographe, de calcul, d'histoire, de sciences naturelles.

La démarche le conduit à mettre en oeuvre ou à développer des compétences très variées d'ordre méthodologique (compléter un tableau, mettre en relation des événements, s'approprier un outil technologique...).

### De nombreuses ressources

Chaque atelier est composé d'un disque plateau, support de toutes les activités, de fiches de recherche et d'outils variés, attractifs pour renforcer l'intérêt de l'enfant, tels que des montages expérimentaux, des jeux de classement, des documents radiographiques réels, des vidéogrammes,

quelques moulages, certains objets médicaux...

Un livret pédagogique accompagne l'animateur dans sa démarche et lui propose par thèmes et ateliers, différentes possibilités d'exploitation.

Ainsi pour l'atelier consacré à l'alimentation, on relèvera, par exemple, des activités par rapport aux besoins énergétiques d'une famille en fonction de ses activités, des ateliers sur l'évaluation des besoins en eau, une réflexion sur le genre de boissons à consommer, l'étude de l'origine des aliments et du mode d'alimentation chez nous en Europe et ailleurs dans le monde, aujourd'hui et autrefois.

Pour l'atelier consacré à la circulation sanguine, il sera possible d'expérimenter la relation entre la fréquence cardiaque et le type d'activités auquel le corps est soumis, d'analyser les composants sanguins et leur fonction, de comprendre l'évolution de la recherche médicale...

L'arrivée d'une malle de découverte crée un événement et suscite la curiosité. Enfin elle laisse à l'animateur la possibilité de laisser vagabonder son imagination. Inmanquablement, elle peut servir de détonateur à la création d'un programme de santé dans une école primaire et permet la corrélation avec un autre matériel existant.

Voilà en substance, les possibilités que la Malle Santé Epidaure vous offre.

Si votre curiosité n'a pas été satisfaite par cette présentation, sachez que vous pouvez la découvrir au Centre local de promotion de la santé du Brabant wallon qui la met en circulation ces jours-ci à la suite d'une formation à l'utilisation de l'outil.

Vous avez également la possibilité de nous contacter afin d'obtenir des informations complémentaires.

Anne Geraets et Viviane Demortier

Centre local de promotion de la santé, Province du Brabant wallon, Bâtiment Folon, Chaussée des Nerviens 25, 1300 Wavre. Tél:010/23.61.05. Fax:010/23.61.06.

velles méthodes liés à la santé publique, à la prévention et à la promotion de la santé.

L'accent est mis davantage sur les déterminants de la santé que sur les maladies. La création d'environnements favorables et d'alternatives saines sera encouragée, de même que la possibilité, pour les individus et les collectivités, de maîtriser leur santé. Le programme contribuera à l'analyse des difficultés rencontrées par les instances compétentes dans la mise en oeuvre de la promotion de la santé.

Les liens avec d'autres programmes communautaires annexes seront renforcés et des partenariats adéquats seront mis en place dans le secteur privé et avec des ONG et des organisations internationales.

L'évaluation et le contrôle de la qualité feront partie intégrante du programme.

La Commission a déjà adopté une démarche d'anticipation en créant et en soutenant des réseaux européens couvrant les domaines suivants: promotion de la santé sur le lieu de travail, écoles et métropoles, santé mentale, automédication, exercice physique et poids corporel, nutrition, alcool, maladies cardio-vasculaires en insistant particulièrement sur les jeunes et les personnes âgées, et agences de promotion de la santé.

### Budget et mise en oeuvre

Le montant alloué en 1998 à la ligne budgétaire "Santé publique, promotion de la santé, information sur la santé et formation en matière de santé publique" sera déterminé avec l'adoption du budget de l'Union pour l'année 1998.

### Calendrier

Calendrier des propositions: 15 mars et 15 septembre 1998 (le cachet de la poste faisant foi).

### Nature des projets

Tous les projets doivent comporter une dimension transnationale et faire intervenir autant d'Etats membres et

de pays de l'EEE<sup>(1)</sup> que possible. Des priorités ont été arrêtées pour aider les acteurs potentiels à planifier et présenter des propositions en respectant le calendrier fixé pour ce programme. D'autres efforts sont nécessaires en vue de définir des projets solides dans les domaines prioritaires.

### Evaluation des projets

L'évaluation des projets continue à faire partie intégrante de toute action menée dans le cadre du programme. Un accent tout particulier sera mis sur l'évaluation des avantages effectifs des projets pour l'Union européenne et ses citoyens. Les rapports et l'évaluation des projets déjà mis en oeuvre seront diffusés.

### Bilan annuel

Un rapport annuel sera élaboré qui privilégiera les synthèses des projets proposés et les actions prévues dans les propositions dont le financement est accepté.

### Domaines prioritaires pour 1998

#### Généralités

Des mécanismes facilitant l'échange d'informations et d'expériences seront mis au point. Le programme s'intéressera à la création accrue de moyens d'action dans la promotion de la santé, y compris les moyens et méthodes pour assurer la participation des citoyens à l'amélioration et à la maîtrise de leur santé, ainsi qu'à la mise en place de partenariats.

Les initiatives destinées à mettre en pratique les connaissances existantes pour influencer sur les déterminants des problèmes majeurs de santé seront privilégiées.

La participation au programme de pays tiers admissibles sera envisagée.

Pour mesurer le caractère mondial de la promotion de la santé, une participation à la XVIème Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Puerto Rico sera envisagée favorablement.

Fin 1998, la Commission présentera au Parlement européen et au Conseil un rapport intérimaire sur le programme de promotion de la santé.

### Thèmes

Il existe un lien entre les déterminants de la santé, les modes de vie et la prévention de certaines maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer et le diabète. Certains thèmes seront privilégiés en vue d'examiner ce lien. En outre, l'accent sera mis notamment sur des groupes particuliers comme les femmes enceintes, les personnes âgées, les jeunes enfants et sur des contextes spécifiques comme l'école et le lieu de travail.

L'élaboration de recommandations relatives à une alimentation saine en Europe et des méthodes d'étiquetage des denrées alimentaires favorisant des choix sains sera poursuivie.

Le programme s'intéressera à la question du poids corporel, vaste concept touchant au bien-être des personnes. Il abordera l'obésité, déterminant essentiel de la santé, ainsi que d'autres troubles de l'alimentation et l'image du corps en relation avec la promotion de la santé. Le groupe d'experts scientifiques mis en place en 1997 conseillera la Commission dans la préparation d'actions dans ces domaines. Une conférence sera organisée sur ce thème et sur des sujets annexes.

L'organisation d'une importante conférence sur alimentation et santé est à l'étude (à confirmer).

Sur la base d'un document stratégique rédigé par un groupe d'experts, la possibilité de poursuivre la promotion d'une initiative européenne concernant la santé cardiaque sera étudiée. Un vaste débat sera activement encouragé sur cette question.

Le débat sur la dimension politique, sociale, économique et scientifique de l'alcool et de la santé se poursuivra. La rédaction d'un document de réflexion sera finalisée et une suite lui sera donnée (à confirmer).

(1) Espace économique européen: il s'agit des 15 pays de l'Union, plus la Norvège, le Liechtenstein et l'Islande.

En coopération avec le nouveau programme européen de surveillance de la santé, des données comparables seront collectées et diffusées dans le domaine de l'alcool et de la santé. L'assistance apportée pour la mise à jour et l'utilisation d'une base de données européenne se poursuivra.

La promotion d'une activité physique profitable à la santé sera poursuivie par l'extension et le renforcement des activités du réseau et par le lancement de la mise en oeuvre des stratégies européennes convenues au sein des Etats membres. De même, les activités facilement praticables par le plus grand nombre continueront à être soutenues.

Dans le domaine de la promotion de la santé mentale, des priorités seront identifiées sur la base des conclusions d'un projet visant à définir des concepts-clés et un cadre d'action dans le domaine de la santé mentale. Une attention particulière sera accordée aux enfants jusqu'à six ans.

En collaboration avec les Etats membres, des recommandations concernant la prévention de l'ostéoporose dans l'Union européenne seront élaborées et un exposé sera présenté lors du Congrès européen sur l'ostéoporose, qui se tiendra à Berlin du 11 au 15 septembre 1998. Les conclusions de ce congrès seront mises à la disposition des professionnels de la santé et du grand public.

### Groupes cibles

La participation au débat sur une politique de santé pour la jeunesse avec les partenaires concernés dans les domaines de la jeunesse, des sports et de la culture, ainsi que dans d'autres secteurs, se poursuivra. Une attention particulière sera accordée aux projets concernant les jeunes ayant quitté le système scolaire et consacrés à l'alcool, à la nutrition, à la santé mentale et à l'activité physique.

Le programme définira des lignes directrices pour la politique de promotion de la santé à l'intention des personnes âgées. La collaboration avec d'autres services sera renforcée et la possibilité de désigner un groupe d'experts de haut niveau dans ce domaine sera étudiée.

Une attention particulière sera accordée aux groupes défavorisés, tels que les migrants, les immigrés, les réfugiés et les minorités ethniques. Le réseau des agences nationales de promotion de la santé devrait privilégier ce thème.

Il faut veiller à ce que les activités de promotion de la santé incluent les groupes souffrant de maladies chroniques ou de handicaps tels que le diabète, l'épilepsie, etc.

### Contextes

Les activités du réseau européen des écoles promotrices de la santé se concentreront sur la mise en oeuvre des résultats des projets d'évaluation, la diffusion des bonnes pratiques et la participation de l'ensemble de la communauté scolaire.

Une politique de promotion de la santé sur le lieu de travail sera définie, qui insistera tout particulièrement sur les petites et moyennes entreprises. Des modèles de bonne pratique seront identifiés et largement diffusés dans tous les Etats membres par l'intermédiaire des réseaux européens.

La promotion de la santé dans les capitales des Etats membres et des pays de l'EEE s'attachera à des activités concrètes sur des domaines prioritaires approuvés par tous.

Les établissements de santé constituent un contexte important pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. Des groupes constitués par le personnel clé en matière de santé participeront à la définition de moyens permettant d'améliorer les connaissances, l'information et la pratique concernant la promotion de la santé dans le travail quotidien des professionnels qui dispensent des soins de santé.

### Formation

L'annuaire des cours de formation à la santé publique dans les Etats membres sera mis à jour chaque année.

Les deuxièmes cours d'été européens en matière de promotion de la santé et de santé publique auront lieu, dans le prolongement des premiers cours d'été (organisés à Luxembourg en juillet 1997).

L'organisation de cours européens de formation à la santé publique se poursuivra. Lorsque la santé publique en général et la promotion de la santé en particulier auront été traitées, et leur utilité évaluée, les cours organisés seront axés sur d'autres aspects de la santé publique, par exemple les enfants et l'alimentation.

Un mastère européen en santé publique sera créé, qui fera suite à l'initiation et à la mise en oeuvre de ce projet dans le cadre du programme 1997.

### Amélioration de la qualité et développement technique

L'examen scientifique et l'analyse des activités de promotion de la santé en Europe seront finalisés.

L'utilisation des techniques modernes de communication sera encouragée pour accroître l'échange d'informations en Europe, au sein de la communauté s'occupant de promotion de la santé et avec le grand public. Le programme favorisera l'identification et une large diffusion des connaissances et des méthodes de travail existantes. La collaboration entre les médias et le milieu de la promotion de la santé sera renforcée.

Un glossaire sera publié en trois langues, qui décrira 400 concepts-clés en matière de santé publique, avant d'être étendu à d'autres langues. Les travaux commenceront en vue de l'élaboration du thésaurus multilingue européen sur la promotion de la santé, constituant un modèle européen en onze langues, qui sera publié en 1999.

Pour recevoir le formulaire de demande et le dossier d'information relatifs au programme ci-dessus, veuillez vous adresser par écrit à M.M. Rajala, Chef de l'unité V/F/3, Promotion de la santé et surveillance des maladies, Commission Européenne, 10 rue R. Stumper, L-2557 Luxembourg. Télécopie: (352) 4301 32059.

Vous pouvez aussi prendre contact avec Jean-Luc Noël, DG Santé Communauté française, bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél.: 02/413.26.23.

plus globale en faveur des personnes défavorisées. Il était important d'une part d'améliorer le contenu et les méthodes de formation proposées par les promoteurs et d'autre part de chercher à comprendre le fonctionnement, les attentes et les obstacles vécus par les relais sociaux.

L'ensemble de ces quatre formations a d'ailleurs également été l'occasion de découvrir et de mieux comprendre la mosaïque sociale dans laquelle travaillent les Centres Publics d'Aide Sociale. La richesse des échanges qui ont pu exister lors des formations nous a donné la volonté de répondre à l'avenir de manière encore plus appropriée. C'est dans ce sens que des formules d'encadrement individuel ou collectif à plus ou moins longue échéance se sont développées. Les caractéristiques de chaque institution sont telles qu'il est impossible de généraliser des interventions à grande échelle. C'est en fonction du niveau local qu'il faut agir. C'est en fonction des particularités de chaque région et donc de chaque public qu'il faut déployer les ateliers cuisine. Un encadrement progressif est donc tout destiné à respecter les attentes de chacun et rythmes de chaque institution tout en assurant une réflexion globale.

Dans cette optique, nous l'avons vu, les formations doivent continuer à se faire connaître. Ceci se fera entre autres par la promotion des formations que nous serons en mesure d'assurer. Mais il est un autre axe sur lequel il est important de jouer, c'est l'analyse institutionnelle des résistances au changement. Les CPAS sont des institutions qui ont privilégié depuis longtemps une intervention individuelle face aux difficultés rencontrées par les populations. Ils sont donc déconcertés, et à juste titre, face aux méthodologies d'action communautaire que nous suggérons.

Aussi, et ce pour bénéficier d'un plus grand soutien, il est important de travailler ces adaptations institutionnelles avec les partenaires de terrain. L'instauration au sein des CPAS d'une activité communautaire et la mesure de sa pertinence doit faire l'objet d'un travail avec les instances de décisions appropriées. Si toutefois cela ne peut se faire avec les instances politiques

telles que celles regroupées au sein de l'Union des Villes et des Communes - Section CPAS, il est important de pouvoir les mener au niveau local. C'est dans ce sens que les Coordinations Sociales développées par certains CPAS prennent toute leur importance.

Cette "nouvelle" méthodologie que représentent les ateliers cuisine nécessite donc un positionnement volontaire de la part des CPAS. S'orienter vers un système d'aide fondé sur la détermination des besoins collectifs représente pour eux un véritable virage dans leur manière de répondre aux besoins de la population. Il est essentiel ainsi de pouvoir les soutenir et non les surcharger.

La formation proposée par l'a.s.b.l. SES n'est plus en fin de compte l'occasion de transmettre à des partenaires sociaux des connaissances sur l'amélioration de l'environnement nutritionnel. Elle devient l'occasion pour les participants de réfléchir à un projet global de réinsertion socio-professionnelle intégrée à la promotion de la santé. Il ne s'agit plus seulement de transmettre de l'information, mais d'aider les travailleurs sociaux à agir sur les structures qui les définissent. Les CPAS seront alors en mesure de privilégier une politique de gestion de la santé plus axée sur la prévention que sur la gestion des soins de santé.

Les ateliers cuisine, nouveaux leviers d'action pour lutter contre l'exclusion, trouveront alors tout leur sens lorsqu'ils seront, au coeur des communes, un outil de promotion de la santé autour duquel interviennent différents acteurs. Acteurs parmi lesquels les populations marginalisées reprendront leur droit de cité. Ils bénéficieront non seulement d'activités favorisant l'acquisition d'une meilleure santé et l'accroissement de relations personnelles, mais ils bénéficieront également d'une activité ouvrant des portes sur d'autres secteurs de réinsertion au niveau communal par le biais de l'implication d'autres associations dans la problématique. C'est une activité au caractère interface au service d'un organisme interface lui-même.

Le temps viendra alors où les participants, populations défavorisées pour

la plupart, ne seront plus des dociles objets d'études<sup>5</sup>, exclus du droit de parole, pour des théoriciens éloignés, mais des acteurs à part entière agissant au nom de leur propre bien-être et définissant avec tout le monde les valeurs de l'échange humain.

Xavier Lechien, A.P.E.S./S.T.E.S.,  
Pascale Melotte, S.E.S. asbl / C.L.P.S.  
Huy-Waremme

### Pour plus d'informations :

1. 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.
2. Rodwell CM., An analysis of the concept of empowerment. Journal of Advanced Nursing. 23(2):305-13, 1996 February.
3. Flynn BC. Ray DW. Rider MS., Empowering communities: action research through healthy cities. Health Education Quarterly. 21(3):395-405, 1994 Fall.
4. Petersen AR., Community development in health promotion: empowerment or regulation? Australian Journal of Public Health. 18(2):213-7, 1994 Jun.
5. Labonte R., Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. Health Education Quarterly. 21(2):253-68, 1994 Summer.
6. Israel BA. 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.
7. WALLERSTEIN N., Powerlessness, empowerment and health : implications for health promotion programs. American Journal of Health Promotion, 6, 1992 : 197-205.
8. WALLERSTEIN N. and BERNSTEIN E., Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education. Health Education Quarterly, 15, 1988, 379-394.

<sup>5</sup> BALCAEN P. 'Etre pauvre au Nord' in Imagerie n°5, Septembre 1997, pp46-47

interdit de proposer des moments d'échanges entre personnes intéressées.

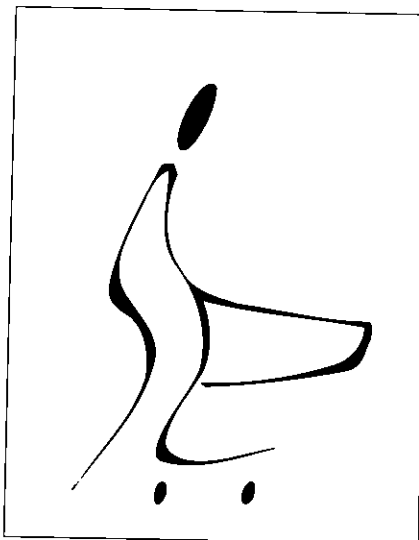
Si le CPAS n'est pas à considérer comme un pourvoyeur d'emploi, il a toutefois un rôle important à jouer au niveau local en terme de réinsertion. Il doit être capable de mettre en oeuvre les conditions de restructuration des populations défavorisées. Il lui appartient ainsi d'assurer la continuité dans l'institution, en développant des activités inscrites dans un service de réinsertion socio-professionnelle, et hors du CPAS par la recherche et la construction d'un tissu associatif local. Les usagers ayant bénéficié d'une activité revalorisante sont alors en mesure de trouver une continuité re-socialisante.

Une des stratégies que nous proposons pour développer ce changement de mentalité est la supervision collective ou formation continuée. C'est lors d'échanges avec d'autres CPAS que les avantages d'un travail de groupe apparaissent, lorsque les personnes les plus réticentes écoutent la manière dont les autres ont résolu les difficultés.

### Un partenariat varié

Le CPAS est, à plusieurs égards, une institution placée au coeur de la vie des communes. La vie associative communale a donc toute son importance. Il est en effet apparu que la dynamique existant indépendamment des CPAS peut influencer la qualité et le nombre de contacts que ce dernier peut avoir avec d'autres associations du secteur socio-sanitaire voire avec d'autres secteurs (culturels, économiques). Les entretiens avec les divers travailleurs sociaux ont montré que les CPAS ont compris la richesse du partenariat dans le développement des ateliers cuisine. C'est une source de diffusion non négligeable puisqu'il permet à la fois la publicité de l'activité et offre en même temps un lieu où l'on peut prendre connaissance de ce qui se crée ailleurs. Il est donc tout indiqué que le CPAS s'investisse dans un travail en réseau.

Certains CPAS, ayant opté au sein de leur institution pour la mise en place d'un service de réinsertion socio-pro-



fessionnelle, prennent pour priorité l'implication dans un réseau local. C'est ainsi qu'en différents lieux, des contacts avec plusieurs organismes existent de manière formelle.

Le CPAS de Ciney, par exemple, est à l'origine chaque année d'une journée portes ouvertes dans la commune. Celle-ci a pour objectif de mettre en contact les entrepreneurs de la région et la population demandeuse d'emploi. Le bénéfice d'une telle journée se fait surtout sentir dans les modifications des perceptions des uns vis-à-vis des autres.

La ville de La Louvière, pour sa part, tire un grand bénéfice du travail réalisé par la coordination de La Louvière-Ville-Santé, structure de promotion de la santé initiée par l'O.M.S. La coordination de nombreux acteurs professionnels permet entre autres au CPAS de marquer sa présence au sein d'un réseau et de travailler avec d'autres dans le sens du bien commun. Mons, Flémalle et Malmédy, enfin, s'impliquent au niveau local grâce à l'investissement de leur coordinatrice sociale dans les réunions interservices de la commune.

Si tous les CPAS ne peuvent être initiateurs de tels réseaux, un lien ponctuel avec une structure déjà existante peut s'avérer très enrichissant. Des partenariats sont établis avec l'un ou l'autre établissement public ou privé.

La majeure partie des personnes interrogées estiment qu'il est important de connaître des initiatives développées ailleurs. Cela apporte des idées

nouvelles et permet de varier ou d'améliorer la méthodologie utilisée. Cela facilite en fait une prise de recul indispensable. Un travailleur social attire d'ailleurs l'attention sur le fait que de tels échanges permettent surtout de briser l'isolement dans lequel se retrouvent parfois les assistants sociaux qui osent innover au sein de leur institution. Découvrir la manière de travailler des autres CPAS permet de s'adapter au monde actuel, cela donne l'occasion de connaître d'autres réponses mises en oeuvre ailleurs pour résoudre le même genre de problèmes.

Au terme de l'entretien, nous avons cherché à savoir quel avenir pouvait être réservé à ces ateliers. La loi organique des CPAS est très large, elle permet de créer toutes sortes d'activités pertinentes à l'égard des usagers. Chaque CPAS est en fait autonome dans la conception et la mise en place des activités qui répondent aux besoins de la population.

Les ateliers cuisine ont donc plusieurs atouts pour être diffusés. Les CPAS seront-ils tous en mesure de les utiliser? Sont-ils prêts à relever le défi d'une nouvelle méthode d'intervention? Quelle stratégie institutionnelle faudra-t-il développer? Faudra-t-il les imposer par une directive légale? Ou existe-t-il des moyens indirects pour y parvenir? Telles sont les questions que nous nous sommes posées et que nous continuons à nous poser.

### Définir l'échange en commun

Tout au long de ce travail, nous avons abordé le point de vue des intervenants sociaux, le discours des institutions les employant et le rôle des formateurs. Comme si tout naturellement le savoir à l'égard des personnes défavorisées se construisait sans elles, en huis-clos. On pourrait ainsi nous reprocher qu'aucune place n'ait été faite à l'avis des bénéficiaires sur ces activités utiles.

En fait, il ne s'agit ni d'un oubli ni d'un rejet volontaire de notre part mais bien d'une étape dans la compréhension et la mise en place d'une stratégie

## Les Ateliers Cuisine-Rencontre Santé: retrouver les valeurs de l'échange

### Insertion sociale et promotion de la santé avec des personnes défavorisées

L'état de santé des personnes les plus démunies de notre société est le résultat d'une situation très complexe où déterminants biologiques et sociaux sont intrinsèquement liés. De nombreuses études théoriques ont déjà approché cette problématique et de plus en plus d'actions mettent en place les conditions nécessaires à la reconversion de ces populations. Les auteurs de cet article souhaitent partager les avancements qu'a connus le projet Atelier Cuisine - Rencontre Santé durant l'année 1997 grâce au soutien de la Communauté française. Nous ne reviendrons plus sur l'analyse théorique du contexte, celle-ci ayant déjà fait l'objet de plusieurs articles<sup>1</sup>.

Nombreux sont certainement les acteurs de la promotion de la santé en Wallonie qui connaissent à présent le principe de fonctionnement des ateliers cuisine<sup>2</sup>. Ces ateliers s'adressent à toute personne, homme ou femme ayant de faibles revenus, intéressée par des cours pratiques de préparation culinaire. Il est toutefois rapidement apparu que ce thème "alimentation" était, à plusieurs titres, propice à rencontrer des objectifs d'ordre social, touchant divers champs de la vie quotidienne: lutter contre la solitude, nouer des liens, créer un endroit de parole, acquérir une certaine autonomie, réapprendre à gérer un projet à moyen et long terme, améliorer la santé globale, etc. L'atelier cuisine permet aux participants de redécouvrir, perfectionner ou diversifier leurs pratiques culinaires. Il permet, via une méthode participative et interactive (qui s'apparente aux stratégies d'éducation par les pairs et d'empowerment) de rencontrer les facteurs influençant la malnutrition et la précarité.

C'est au départ des situations locales que nous avons choisi de travailler. Nous tenions à intégrer dans le projet les particularités de chaque région. Les Centres Publics d'Aide Sociale (CPAS) sont donc rapidement apparus comme étant des partenaires de terrain judicieux pour la diffusion des ateliers. Nous les savions demandeurs<sup>3</sup> d'activités promotrices de santé, nous les avons invités à une nouvelle manière de s'investir dans une action globale.

Dans le développement de cette activité, l'année 1997 a été l'occasion de poursuivre deux objectifs. Le premier fut de former les travailleurs sociaux à des méthodes d'interventions collectives liées à la promotion de la santé.

Loin de penser qu'il suffit d'augmenter ou de modifier chez les travailleurs sociaux les connaissances en nutrition en vue de changer le comportement alimentaire, il était important de les stimuler à intégrer dans leur profession des stratégies de développement des conditions propices à l'amélioration de la santé et du bien-être. S'intéresser de manière positive aux populations et proposer des méthodes basées sur l'écoute, l'estime de soi, la confiance, la responsabilité et l'habileté à prendre des décisions sont également des axes qu'il a fallu les aider à intégrer dans le cadre d'actions communautaires globales alliant éducation pour la santé et réinsertion sociale.

Cette activité représente le développement de méthodologies inhabituelles au sein des CPAS. Une formation fut donc proposée pour que des équipes pluridisciplinaires se familiarisent avec ce nouveau concept, plus basé sur une approche de groupe que sur la relation individuelle. L'élaboration d'un programme de formation adapté à leurs besoins en même temps qu'aux exigences des ateliers cuisine a permis d'enrichir leurs interventions dans ce sens.

Le second objectif fut d'identifier les conditions qui favoriseraient, au sein des CPAS et des communes, la créa-

tion et le maintien d'une activité collective en promotion de la santé.

En parallèle à la formation des relais, il était important d'analyser le contexte institutionnel et fonctionnel dans lequel sont plongés quotidiennement les travailleurs sociaux. Cela nous a aidé d'une part à comprendre les obstacles qu'ils peuvent rencontrer dans leur action et d'autre part à mesurer les points forts de ces institutions.

Les questions suivantes traversent cette investigation.

Quelles sont les raisons qui poussent un CPAS à mettre en place un atelier cuisine? Comment cette activité peut-elle être rendue permanente et viser l'autonomie réelle des participants? Quelle est la particularité de l'organisation institutionnelle locale qui a permis le succès de l'activité? Quelles sont les motivations du personnel à s'inscrire à la formation? Quelles sont les modalités d'un partage d'expériences et les synergies que peuvent développer les CPAS pour répondre à la réinsertion socio-professionnelle?

<sup>1</sup> Dossier 'Santé et pauvreté' de L'Observatoire n°11-12. 1996-97. Dossier Spécial 'Les CPAS 20 ans après' de L'Observatoire n° 13. 1997.

<sup>2</sup> AVALOSSE H., "Inégalités sociales dans le domaine de la santé." M-Informations n°167. Département Recherche et Développement de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Août 1995.

<sup>3</sup> "Rapport général sur la pauvreté: synthèse" Fondation Roi Baudouin en collaboration avec ATD-Quart Monde Belgique et l'Union des Villes et Communes. Eeklo Pauwels S.A. 1995.

<sup>1</sup> HERSCOVICIA, et al., 'La santé des populations indigentes'. Rapport de la recherche soutenue par le Ministère de l'intégration sociale, de la santé publique et de l'environnement. Centre de Sociologie de la Santé. C.I.L.B. Décembre 1995. 225p

<sup>2</sup> LECHIEN X. BOURLET S., "Les cuisines rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé" in Education Santé n° 110. Septembre 1996. pp 10-14.

<sup>3</sup> LECHIEN et al., "Analyse des conditions d'implantation des ateliers cuisine; enquête extensive auprès des CPAS de la Communauté française de Belgique", A.P.E.S. et S.E.S. Huy. Document ronéotypé. Juin 1996.



Tout au long de l'année, 24 CPAS ont suivi trois jours de formation organisés par l'asbl SES. Au fil des quatre sessions de formation, le contenu a peu évolué. Les connaissances transmises se rapportent à cinq grands axes: une approche générale de la promotion de la santé; les facteurs de précarité et la réinsertion sociale; l'équilibre alimentaire; la mise en place d'un atelier; le suivi à long terme et l'évaluation.

Les changements dans l'organisation de ces sessions sont plus apparus en terme d'approches méthodologiques. Les formatrices ont ainsi intensifié les mises en situation pratiques et les exercices de groupe. Elles ont, en outre, sous l'expertise de l'APES, développé le recours à la formation continue sous la forme de supervisions individuelles et collectives sur le terrain. Les CPAS débutants pouvaient ainsi trouver un accompagnement sur mesure.

Durant la seconde quinzaine du mois d'octobre 1997, une évaluation d'impact a été organisée auprès des participants aux formations sur base d'un entretien semi-dirigé. Elle a concerné 37 personnes de 19 institutions, ayant participé à une des quatre sessions de formation. L'objectif était de faire le point quant à la gestion de leur atelier. Nous avons appris ainsi que tous les CPAS ayant suivi la formation, et qui avaient déjà un atelier à domicile, ont maintenu leur activité, certains avec des modifications, d'autres non.

Actuellement, neuf CPAS ont instauré un atelier cuisine et ont suivi la formation (Ellezelles, Ath, Mons, La Louvière, Hannut, Liège, Seraing, Verviers et Malmédy); cinq CPAS ont développé de manière autonome une activité collective de réinsertion basée sur l'alimentation (Ciney, Rochefort, Huy, Visé et Flémalle); huit CPAS ont suivi la formation mais n'ont pas encore développé d'atelier cuisine (Mouscron, Rumes, Binche, Cerfontaine, Farcienne, Namur, Paliseul et Fléron).

D'autres formations ont encore lieu, les demandes émergeant progressivement. Les CPAS qui ne sont pas encore parvenus à mettre en place un atelier ont pour objectif à présent de construire un dossier afin de séduire le Conseil de l'Aide Sociale de leur insti-

tution. Ils estiment que la formation était trop précoce par rapport à l'évolution des mentalités de leur institution. Une enquête préalable soit auprès de la population cible, soit auprès de collègues sera bien utile afin de déceler les attentes réelles et les freins.

### Les CPAS souscrivent à une nouvelle méthodologie

En s'impliquant dans l'amélioration de l'environnement nutritionnel des individus, les CPAS touchent à l'accroissement du sentiment de bien-être des participants. L'occasion leur est donnée en créant cette activité de favoriser une pédagogie participative dans laquelle les populations ne sont plus l'objet de projets éducatifs ou politiques, mais bien acteurs de leur histoire, capable d'identifier leurs problèmes, d'y donner des réponses et de transformer eux-mêmes les circonstances oppressantes de leur quotidien. L'institution et l'usager sont dans un processus de changement interactif où l'institution se transforme au fur et à mesure que l'usager participe et s'investit.

Cette nouvelle méthodologie, déjà décrite dans de précédents articles<sup>4</sup>, biaise certainement la structure institutionnelle en place. En reconnaissant que la solution aux problèmes de santé passe par la réalisation d'actions communautaires, le CPAS s'inscrit ipso facto dans une nécessité de partager les lieux de décision. Par ailleurs, les populations participant à de telles initiatives perdent elles aussi certains repères, peu habituées qu'elles sont à décider pour elles-mêmes. La notion d'empowerment, processus qui permet aux individus et aux groupes d'accroître leur contrôle sur les événements qui les concernent, s'éloigne alors de ce "pouvoir" donné par autrui dans le temps de réaliser quelque chose, pour se rapprocher de ce "pouvoir" pris par les usagers dans le but de répondre à leur propre demande.

L'empowerment décrit ici s'intéresse aux bénéfices individuels. Il est clairement apparu tout au long de cette année en quoi les ateliers cuisine contribuaient à l'amélioration du bien-être

des individus. Nous avons pu observer les étapes qui, au sein des ateliers, mènent les participants sur la voie de l'indépendance. Lorsqu'un individu prend la parole, fait attention à son aspect extérieur, demande à éplucher les légumes, organise un repas, fait les courses, invite son assistant social, participe à une fête de quartier,... cela représente autant d'étapes de son développement personnel.

Toutefois, pour que l'empowerment devienne un concept plein de sens, il est nécessaire de tenir compte des variables historiques, sociales, économiques et politiques dans lesquelles l'individu évolue. Le groupe qui l'a aidé à retrouver du contrôle sur sa propre existence ne peut suffire, une ouverture sur l'extérieur doit être envisagée.

Il est possible de développer une activité ayant pour but un empowerment individuel, mais si celle-ci ne considère pas le contexte dans lequel l'individu vit, l'accroissement d'influence et de contrôle acquis par l'individu ne pourra réellement jouer un rôle positif en terme de santé. Il est important dès lors d'assurer une suite à cette activité en dehors de celle qui existe pour le groupe. Ainsi, si les CPAS maintiennent leur volonté, via l'atelier cuisine par exemple, de créer les conditions favorables à un changement social d'envergure, il est important de mettre en place les conditions propres à l'empowerment organisationnel et communautaire. L'enquête de terrain que nous avons menée auprès des institutions ayant mis sur pied une activité similaire de manière autonome ou non avait pour objectif justement d'étudier ces conditions.

### S'ouvrir à l'empowerment communautaire

Une organisation favorisant le développement d'un empowerment individuel est une organisation gérée de

<sup>4</sup> LECHIEN X., "Et si on empouvoirait? Le fonctionnement politique comme indicateur de santé." in *Education Santé* n°117. Mai 1997. pp. 7-10. LECHIEN X., "Empowerment: illusion ou réalité? Eclairage d'un concept en vogue." *Prévention, éducation pour la santé et milieux défavorisés. 8ème journée scientifique d'éducation pour la santé du Reso (ESP/UCL). Bruxelles. 25.10.1997*

manière démocratique. Ses membres partagent l'information et le pouvoir, ils ont recours à des procédés de prise de décision coopératifs, ils sont impliqués dans le devenir de leur institution et définissent ensemble le travail à produire pour atteindre les objectifs fixés en commun. L'empowerment au niveau organisationnel intègre à la fois un processus qui permet aux individus d'accroître leur propre contrôle et influence en même temps l'orientation politique de la collectivité dans laquelle elle évolue.

Ainsi, avant de tenter d'influencer la gestion démocratique de la commune, il est important que les CPAS définissent en leur sein un nouveau mode de fonctionnement, favorable à la participation des individus. C'est ce nouveau mode de fonctionnement qui précisera dans le CPAS et hors de celui-ci les nouvelles modalités de l'échange.

### Une participation rendue favorable

Il est apparu, au fil des entretiens, que la composition des équipes d'animation joue une influence certaine sur la capacité d'autonomie des usagers. Les animatrices des ateliers ont la difficile tâche de devoir concilier les contraintes du CPAS et les exigences du public. De la qualité de leur accueil, de leur écoute et de leur animation dépend la participation des individus.

La majorité des personnes interrogées reconnaît que l'autonomie des usagers sera facilitée par une contribution personnelle aux frais de l'atelier. Ce geste symbolise leur investissement de base, marque leur motivation à participer et surtout fait d'eux des personnes non-assistées dans le cadre de cette activité. Cela représente une étape importante dans leur reconstruction sociale et leur permet en d'autres termes de retrouver un pouvoir sur leur propre vie.

L'octroi d'un subside externe peut par exemple représenter un stimulant appréciable pour développer une activité dans des conditions les plus favorables. Ces subsides sont à ce point vitaux que les institutions qui en bénéficient ne semblent pas imaginer comment elles pourraient s'en sortir autrement.

Ces subsides extraordinaires impliquent des fonctionnements paradoxaux en terme de participation au sein des ateliers. Selon les politiques développées dans les CPAS, les usagers de ce type d'activités sont invités à participer aux frais de fonctionnement. Ils doivent payer entre 60 et 100 francs belges. Dans certaines institutions, l'activité est gratuite. Un soutien existe parfois pour les frais de transport. Dans d'autres lieux enfin, les participants reçoivent une contrepartie financière de l'ordre de 40 à 100 francs belges pour leur seule présence.

### Une stratégie d'intervention collective au sein de l'institution

Au-delà de cette équipe d'animation faite de complémentarité et favorisant la participation, il est important que toute l'institution adopte la même mentalité de travail pour répondre à cette nouvelle approche. Ainsi, plusieurs intervenants sociaux interrogés reconnaissent que leur institution doit changer de méthodologie de travail. La logique de prise en charge individuelle des usagers est souvent privilégiée dans le travail social. Or il est important de développer une intervention méthodologique favorisant une approche collective ou de groupe.

Les quelques CPAS sensibilisés par la réinsertion de manière globale s'accordent pour dire que la réinsertion des individus dans la société doit passer par deux étapes distinctes. La première est une étape de reconstruction humaine, où le temps est laissé aux personnes de prendre conscience de leur situation et de les accompagner dans leur reconversion. L'atelier cuisine est utilisé à ce moment comme lieu d'échanges informels, de resocialisation. La seconde étape amène l'individu plus loin en terme de rôle social. C'est la recherche d'un emploi par l'acquisition au préalable de connaissances appropriées et plus pointues.

Ces deux étapes représentent deux services à part entière à fournir par le CPAS: la réinsertion sociale et la réinsertion professionnelle. Elles sont hiérarchisées, c'est-à-dire que la première

est indispensable à la seconde. Selon les moyens dont disposent les CPAS et la volonté politique présente, les deux formules seront envisagées.

Il est apparu au fil de nos entretiens que si les ateliers cuisine représentent une merveilleuse occasion pour les CPAS qui désirent réaliser une activité préventive de santé, il était un peu risqué de vouloir imposer cette formule. Les CPAS évoluent lentement et cette activité représente une révolution pour certains d'entre eux. Les réponses se sont donc orientées selon deux critères de départ. Ou le CPAS est déjà impliqué dans des actions de type collectif et la mise en place d'une activité cuisine pourrait se créer sans trop de difficultés, ou le CPAS continue de fonctionner avec une logique d'encadrement individuel et c'est la politique générale de l'institution qu'il faudra revoir avant d'installer un atelier cuisine.

Dans le premier cas, l'institution est consciente des bénéfices d'une activité axée sur une méthodologie collective. Le travail consistera à développer des objectifs proches de ceux du CPAS, à adapter la formule aux spécificités de la commune. On pourrait parler d'un contrat approprié qui permettrait de prendre en compte les intérêts de l'équipe sociale et les attentes des bénéficiaires. Car, insistent les personnes interrogées, il ne faudrait pas définir à la place des usagers les activités qui leur feraient du bien. Il est nécessaire dans un premier temps de diffuser l'information. D'autres intervenants sociaux par contre sont persuadés qu'il est nécessaire pour une certaine tranche de la population d'imposer une activité qui intègre des aspects de santé et des espaces d'insertion.

Dans le second cas, une ingérence est nettement plus délicate. Il est en effet du travail individuel très efficace qui répond certainement à des besoins. Ce que nous souhaitons apporter avec cette activité est une ouverture méthodologique. Nous pensons en effet qu'une activité collective représente un complément possible à développer parmi les réponses offertes au public. Si personne ne peut imposer la mise en place d'une telle innovation méthodologique, il n'est toutefois pas



ENFANTS DE 5 À 9 ANS, IL PERMET D'EXPLORER LE CORPS ET SON FONCTIONNEMENT DE MANIÈRE SIMPLE. LES 5 SENS Y SONT EXPLIQUÉS.

**Sur les aliments:**

- \* "La Pomme", COLLECTION "MES 1<sup>ERS</sup> DÉCOUVERTES", GALLIARD, 1993. UN PETIT LIVRE ILLUSTRÉ DE MANIÈRE RÉALISTE AVEC DES FILMS TRANSPARENTS QUI SE SUPERPOSENT AUX DESSINS ET QUI PERMETTENT À L'ENFANT DE RECONNAÎTRE OU DE DÉCOUVRIR DIFFÉRENTS FRUITS: COMMENT ILS POUSSENT OU LEURS "BEDANS-DEHORS".
- \* "La Carotte", COLLECTION "MES 1<sup>ERS</sup> DÉCOUVERTES", GALLIARD, 1991. MÊME DÉMARCHE QUE DANS LE LIVRE PRÉCÉDENT MAIS SUR LE THÈME DES LÉGUMES. DES BONS OUTILS ÉGALEMENT POUR FAIRE DU VOCABULAIRE ET NOMMER LES ALIMENTS EN FRANÇAIS.

**Pour aborder le rapport à la nourriture par des histoires, des contes:**

- \* "Le Roi Gourmand", EPIGONES, 1993. L'HISTOIRE D'UN TYRAN GOURMAND ET SA RECONVERSION EN GOURMET DE CHOSES SIMPLES. POUR ABOORDER LE PLAISIR DE LA NOURRITURE ET SUGGER PEU-ÊTRE L'ENVIE DE DÉGUSTER DE NOUVEAUX PLATS? D'ÉCRIRE DE NOUVELLES HISTOIRES, DE FAIRE UN ATELIER CUISINE À L'ÉCOLE?

- \* "Le Géant de Zéralda", COLLECTION "LUTIN POCHE", ÉCOLE DES LOISIRS, 1995. CE CONTE PERMET D'EXPLORER EN PROLONGEMENT L'IMAGINAIRE DE CHACUN ET LES REPRÉSENTATIONS PAR RAPPORT À LA NOURRITURE, SES EXCÈS, SES MANQUES, L'APPÉTIT "D'OGRE" OU LE MANQUE D'APPÉTIT. IL PEUT DONNER AUX ENFANTS L'OC-CASION DE PARLER DES MENUS, DE CE QUI "FAIT LE SEU" D'UN REPAS, À LA MAISON, À L'ÉCOLE, AU RESTAURANT, DE LEUR PARTICIPATION À LA FABRICATION DES REPAS.

**D'autres livres:**

- \* "Il Pleur des Hamburgers", J. & R. BARRETT, COLLECTION "LUTIN POCHE", ÉCOLE DES LOISIRS, 1990. UN CONTE OÙ LES MENUS VOUS PLEUVENT SUR LA TÊTE ET QUI PERMET DE PARLER DU SENTIMENT DE "TROP" OU "TROP PEU" DANS L'ALIMENTATION.
- \* "Lili N'aimé que les Frites", D. DE ST MARIS ET S. BLOCH, COLLECTION "AINSI VA LA VIE", ÉDITIONS CALLIGRAM, 1993. CE LIVRE PERMET À L'ENFANT COMME À L'ADULTE DE MIEUX COMPRENDRE LE POINT DE VUE DE CHACUN DANS LES DISCUSSIONS À PROPOS DES REPAS.
- \* "Nos Repas", Collection BTJ, NOV 1992, N°370, PUBLICATIONS DE L'ÉCOLE MODERNE FRANÇAISE. POUR EXPLORER LE THÈME DE LA NOURRITURE, DES NUTRIMENTS ET LA QUESTION DU "POURQUOI MANGEONS-NOUS".
- \* MILLE ET UNE PISTES POUR UN MILLE-FEUILLE DE GOÛTS ET D'APPRENTISSAGES POUR TOUTS LES GOÛTS !

Coordination Education/Santé  
Ed. resp.: C. Deliens, 19, rue de la Rhétorique,  
1060 - Bruxelles

Supplément à la Revue Education Santé n°125, mars 98. Réalisation Graphique AbraKdabra: 02/672 25 37

# Figures

Je découvre le monde des saveurs avec mes 5 sens

## Le monde des saveurs

Pour découvrir le monde des aliments, tu utilises tes 5 sens : cela fait le plaisir des achats, du repas, du pique-nique, de sa préparation à sa dégustation !

### Quel effet cela te fait-il par exemple :

- \* quand tu entends le bruit d'un oeuf ou du poisson qui fristouille dans la poêle?
- \* Quand tu regardes la vitrine du pâtisseries? Quand tu croques dans une carotte ou des chips? Quand tu prepares ton pique-nique, ton menu en choisissant les couleurs des aliments? Quand tu vois une assiette bien présentée? Quand tu sens l'odeur de la viande qui grille? Quand tu manges des frites avec tes doigts?
- Trouve des exemples pour monter comment tu emploies tes 5 sens face à la nourriture.

Dans cette fiche, tu vas découvrir le monde des saveurs en utilisant deux sens en particulier : le goût et l'odorat.

Des expériences à faire avec d'autres enfants vont te permettre de mieux comprendre: à quoi sert la langue? Quels sont tes goûts préférés ? Quelles sont les principales saveurs du goût ? Quelles parties de la langue reconnaissent les saveurs ?



## Je goûte avec ma langue :

- Tu agis**
  - \* tu demandes à tes camarades d'observer la langue: en se mettant deux par deux ou en utilisant un miroir.
  - \* tu fais 4 groupes, un par goût : le sucré, le salé, l'acide, l'amer. Chaque groupe recherche dans le dictionnaire la définition du mot et fait une liste des aliments qui appartiennent à ce goût.
  - \* les 4 groupes racontent ce qu'ils ont trouvé.

- Pour en savoir plus : La langue est couverte de papilles (petits boutons). Les papilles du goût reconnaissent les saveurs de ce que l'on mange (les aliments) et envoient l'information au cerveau. La langue est sensible à 4 saveurs. Elle a des parties plus spécialisées pour détecter les goûts :
  - \* le goût sucré (sur la pointe de la langue)
  - \* le goût salé (devant, sur les côtés)
  - \* le goût acide (à l'arrière de la langue, sur les côtés)
  - \* le goût amer (à l'arrière de la langue)
- Dessine une langue avec ses spécialisations; tu peux aussi retrouver un schéma dans un livre sur les 5 sens.

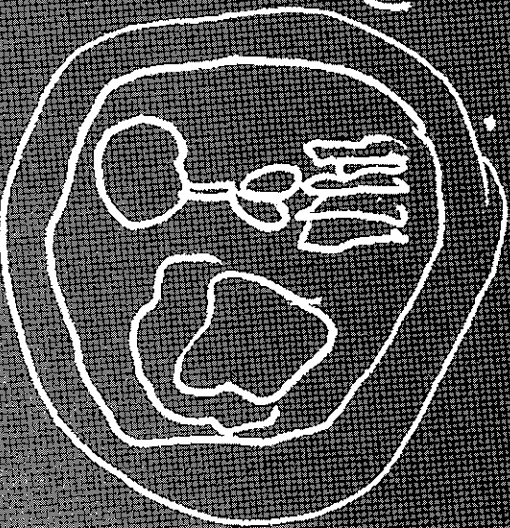
## Message pour l'enseignant ou l'adulte des idées de prolongement. Racontez-nous

- \* Jouer avec des images d'aliments: fiches de l'imager Nathan 1993, du jeu «sept de tables» ou à fabriquer soi-même en les découplant dans des publicités ou en les faisant dessiner par les enfants lors d'une séance d'observation d'aliments «sous toutes les coutures»

- \* Recréer le voyage de l'aliment avant d'arriver dans notre assiette ou dans notre boîte à pique-nique, sur le talon du manché ou dans le supermarché... Illustrer ce voyage dans un petit livre que chaque enfant réalisera avec l'aliment qu'il choisit de suivre. Dialogue de l'aliment.

- \* Découvrir le trajet des repas chauds servis dans le réfectoire de l'école, le travail des gens: qui achète?... Que fait-on des restes, quelles règles d'hygiène observe-t-on, quels ustensiles emploie-t-on pour transformer les aliments, quel goût pour un repas... Quelles couleurs sur l'assiette... Comment conserve-t-on les aliments...

- \* Faire goûter les aliments, les tou-

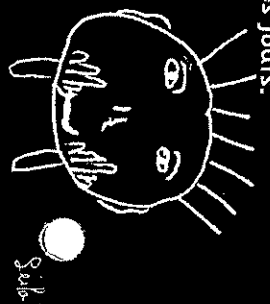


cher sans voir, les sentir et reconnaître les différents ingrédients utilisés lors d'un atelier cuisine: farine, sucre, sel, levure, citron, vinaigre, oeufs, fruits, mangane...

On peut aussi peindre d'un aliment préparé et faire deviner les ingrédients, l'origine de chaque aliment.

- \* Jouer avec les goûts et les couleurs en utilisant des colorants alimentaires et/ou des essences alimentaires dans du yaourt, ou dans un cake, par exemple. Brouiller les pistes: un yaourt rose au goût vanille.

- \* Faire voter et classer les aliments sur-



## Je découvre les aliments avec mes sens

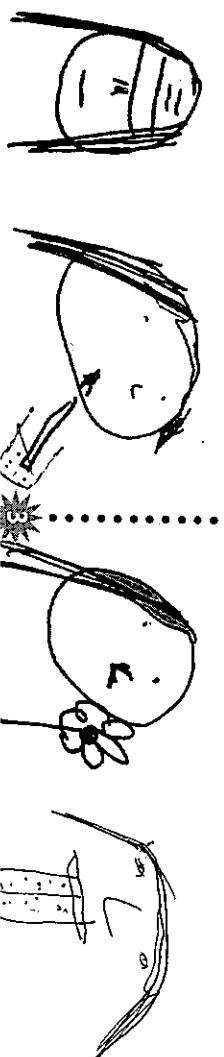
Nous explorons, avec nos sens, le monde des saveurs: ce que nous aimons, ce que nous n'aimons pas manger ou boire et ce qui fait le plaisir de nos repas. Quand nous mangeons, nous exerçons nos sens: que ce soit à l'école ou à la maison ou ailleurs: les repas chauds, les pique-niques, les petits déjeuners, les soupers, les dîners, les repas des jours de fête ou de tous les jours.

ou échantes pour se cacher les yeux. quelques goûteurs. (Adapte la quantité d'aliments si tu fais cette expérience dans ta classe ou dans un groupe de 5 ou 6 enfants)

- Tu agis :**
    - \* tu ne montres pas avant les aliments qu'il faudra reconnaître.
    - \* tu bandes les yeux de celles et ceux qui veulent participer à cette expérience.
    - \* tu vas faire goûter les aliments, un à un, en mettant sous le nez de ta/ton camarade, une odeur forte: celle de l'oignon (tu peux aussi remplacer l'oignon par de l'ail ou une orange).
    - \* tu lui demandes de reconnaître les aliments.
- Tu verras, on peut se tromper sur ce qu'on mange à cause d'une forte odeur. Si la réponse est difficile à trouver, fais goûter à nouveau l'aliment sans mettre cette fois l'oignon, l'ail ou l'orange sous le nez.

Pourquoi cette expérience est-elle plus facile quand on ne se bouche pas le nez ou quand on ne sent pas une odeur forte en même temps que l'on goûte ?

On a autant besoin de l'odorat que du goût pour reconnaître une saveur. Tu peux le vérifier lorsque tu es enrhumé: tu as le nez bouché et les aliments paraissent perdre toute saveur parce qu'on ne les sent pas aussi bien que lorsqu'on est en bonne santé.





## te responsable : vos inventions !

### EXPÉRIENCES

..... Je reconnais les  
aliments par le goût

#### Expérience 1

- Il te faut :**
- des foulards ou des écharpes pour se couvrir les yeux
  - 5 jus de fruits de parfums différents (que tu caches pour garder le suspense): orange, pomme, pamplemousses, citron, raisin...
  - 5 verres
  - autant de pailles que tu as de goûteurs

#### Expérience 2

..... Je reconnais les  
aliments par le goût et  
l'odorat

- Tu agis :**
- tu recommandes l'expérience n° 1 (en changeant l'ordre) avec ton/tes camarades mais cette fois sans se boucher le nez.
  - tu lui demandes s'il lui est plus facile ou plus difficile d'identifier (reconnaitre) les jus que dans l'expérience n° 1.

#### Expérience 3

- Il te faut**
- quelques fruits ou légumes à goûter  
par exemple : une pomme de terre crue, une carotte, une pomme, ... que tu ne montres pas aux autres avant l'expérience

\* un oignon (pour l'odeur!)  
\* quelques foulards

#### Tu agis :

- tu bandes les yeux à un (ou plusieurs) de tes camarades
- tu lui demandes de se boucher le nez à l'aide de ses doigts
- tu lui fais alors goûter les 5 jus de fruits avec sa paille
- tu lui demandes de reconnaître les jus.



vant un couteau à préciser : couleur, consistance, goût, sucre-salé ou... se mange chaud-froid, cru-cuit, poussé dans la terre, sur des arbres, en surface...), se mange dans les repas de fête ou de tous les jours, fait partie d'un groupe alimentaire ou d'un autre (voir la route alimentaire de l'ICAN)

- Les origines des aliments, leur histoire, comment ils se cultivent, recettes de grand-mère, recettes qu'on fabrique en classe, à la maison, qu'on préfère, qui nous rappellent quelque souvenir, que les mamans ou les papas expliquent et qu'on émet... recettes de pays proches ou lointains, du pays d'origine des parents, des enfants, des régions de Belgique, recettes traditionnelles de fête.

### Sur les sens:

- "LES 5 SENS DANS TOUTS LES SENS", Cl. BERTHET, A. MORTIAUX ET C. DELIENS, Ed. ARTS D'ÉCOLES, SUPPLÉMENT À LA REVUE EDUCATION SANTÉ N° 113, DÉC. 96. Vous trouverez dans LA 2<sup>ème</sup> PARTIE UNE BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIONNÉE ET COMMENTÉE SUR LE THÈME DES SENS.
- "LES 5 SENS", ÉDITIONS DEUX COQS D'OR, 1993. CETTE ÉDITION ÉPUISÉE PEUT SE TROUVER EN BIBLIOTHÈQUE. ON PEUT Y TROUVER UN SCHÉMA DE LA LANGUE AVEC SES SPÉCIALISATIONS DE GOÛT.
- "MON CORPS, SENS DESSUS DESSOUS", ÉDITIONS CHANTECLER EN COLLABORATION AVEC LA LIGUE CARDIOLOGIQUE, DESTINÉ AUX

(04/237.48.53).

**ICAN, AFFICHE "L'ART DE MANGER"**, PRÉSENTANT LES APPORTS EN NUTRIMENTS ET LES DIFFÉRENTS GROUPES D'ALIMENTS UTILISÉS EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE POUR L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE, 1997. (04/344.78.25)

### EXPÉRIENCES

#### Expérience 4

- Il te faut :**
- du citron
  - du jus de pamplemousse que tu viens de presser, ou de la confiture d'oranges
  - de la confiture de fraises ou autre
  - du sel
  - des cotons-tiges ou des bâtonnets en bois (comme ceux que le médecin emploie pour examiner la gorge quand il te fait dire "AhAh")
  - tu trouves un ou des «goûteurs» pour cette expérience
  - des verres d'eau pour les courageux «goûteurs».

#### Tu agis :

- avec un coton-tige, mets un peu de confiture sur l'arrière de la langue et ensuite sur la pointe de la langue.
- demande au premier «goûteur» s'il a goûté de la même façon le goût sucré.
- recommence avec un peu de sel ou du jambon fumé (attention! tout le monde ne mange pas du porc) sur la pointe de la langue, et ensuite sur les côtés devant (goût salé). Après, n'oublie pas de donner de l'eau au goûteur!
- mets une goutte de citron (acide) sur la pointe de la langue et ensuite sur les côtés à l'arrière de la langue.
- recommence l'expérience avec une goutte de jus de pamplemousse pressé ou de la confiture d'oranges amères que tu mets devant sur les côtés de la

#### Expérience 6

- Il te faut :**
- une pomme entière
  - de la pomme râpée
  - de la compote (avec ou sans morceaux)
  - une écharpe ou un foulard pour cacher les yeux
  - des cuillères
  - un ou plusieurs «goûteurs»

#### Tu agis :

- tu lui bandes les yeux.
- tu lui fais goûter la pomme sous toutes les formes.
- tu lui demandes de reconnaître les différentes consistances de la pomme.
- tu lui demandes d'apprécier le goût de l'aliment ("tu aimes ou tu n'aimes pas?"). Tu peux recommencer avec une autre aliment dans différentes présentations: du chou râpé, de la carotte, du cru, du cuit, du mou, du croquant... A toi d'imaginer ces dégustations. Tu peux faire cela avec tes parents, tes grands-parents, tes frères et soeurs,...

### EXPÉRIENCES

## Contact

Le programme «En route pour des Midis à l'école plus agréables» est soutenu par la Communauté française de Belgique.

Pour tous renseignements :  
Coordination Education/Santé  
19, rue de la Rhétorique,  
1060 - Bruxelles  
Rép/fax 02/538.23.73

## Ce que je retiens

La langue est sensible à la chaleur, au froid, à la douleur, à la consistance des aliments ou des objets (le bébé qui découvre les objets en les mettant en bouche). La langue aide à reconnaître et à apprécier (à dire si on aime ou on n'aime pas) le goût des aliments. La bouche contient de la salive qui aide à digérer les aliments. Le goût nous donne le plaisir de manger mais la vue, l'odorat, la consistance de l'aliment (mou, râpeux, croquant, avec des morceaux) et la sensation de faim y sont pour beaucoup. Le plaisir de la compagnie, l'ambiance, l'attention et le cadre agréable dans lequel nous mangeons augmentent ce plaisir de manger et notre appétit!

Ce document est réalisé par  
Christine Lachaussée,  
diététicienne  
et Cristine Deliens,  
coordinatrice.

