

J'ai choisi l'allaitement maternel

Les jeunes mamans marocaines et turques face à l'allaitement

Opter ou non pour l'allaitement maternel est un choix qui sera influencé par l'information dont la maman dispose, par ses croyances, l'habitude, les exemples,... On sait que l'allaitement maternel a d'autant plus de chances de réussir que la décision a été prise avant l'accouchement et que la maman s'y est préparée. Or, le personnel de santé en contact avec la population immigrée constate que certaines futures mamans turques et marocaines ont aujourd'hui des réelles difficultés à choisir entre les deux modes d'allaitement.

Les femmes marocaines expriment souvent le sentiment que l'allaitement maternel correspond plus à une obligation (morale) qu'à un choix motivé ("c'est bon pour mon bébé et moi").

Le public n'est pas un public homogène. D'où la grande diversité d'attitudes et de comportements. Mais de manière générale, on peut dire que les mères ne sont pas persuadées de la pertinence de leur choix. Ceci a comme conséquence l'abandon précoce de ce type d'allaitement. Les raisons sont multiples:

- le désir d'identification à la femme belge qui, croient-elles, n'allait pas;
- le rôle et l'influence de la mère de l'accouchée (ne pas suivre l'exemple maternel est un moyen de s'opposer);
- le comportement du conjoint et de l'entourage;
- a qualité des informations reçues,...

Ces femmes doivent aussi se positionner face à toute une série d'idées fausses largement véhiculées:

"Si j'allait, on croira que je suis pauvre." Le prix donné pour une boîte de lait en poudre est un signe de richesse et de l'attention que l'on accorde à son bébé. "C'est pas moderne d'allaiter", "A la maternité, on lui a donné le biberon. Donc, c'est la meilleure solution..."

Ce qui transparait au vu des propos: pour ces femmes, le choix du type d'allaitement est lié à des perceptions beaucoup plus fondamentales. Opter ou non pour l'allaitement maternel, c'est choisir entre la tradition et la modernité.

Un outil d'animation motivé par les besoins des gens de terrain

Le vidéogramme "J'ai choisi l'allaitement maternel, d'une durée de douze minutes, a été conçu pour être utilisé lors de séances d'animation (lors des consultations de nourrissons prénatales, dans les maternités, dans les écoles,...). Il est le résultat d'une collaboration entre Cultures et santé, l'ONE et le Centre d'éducation du patient. Sa réalisation a été motivée par des gens de terrain (infirmières, médecins,...) directement en contact avec la population immigrée et soucieux de se doter d'un outil d'animation qui correspond à la situation qu'ils vivent dans leur pratique quotidienne. Son contenu a été réfléchi à partir des expériences et des demandes des professionnels du terrain.

Ce vidéogramme se veut le point de départ d'échanges, et une base pour des discussions. Il s'agit de permettre au public de mieux se situer face à l'allaitement maternel. Cet outil ne cherche pas à donner une information exhaustive. Il aborde des sujets très divers:

- relations et interactions entre la maman et le bébé;

- importance de l'environnement social, du soutien des amies;
- le bébé se développe bien; le lait de chaque maman convient parfaitement à son enfant;
- certaines difficultés peuvent se présenter surtout au début: engorgements, crevasses;
- on peut allaiter aussi longtemps que l'on veut.

Ce sera à l'animateur en fonction des réactions et des préoccupations du public, d'approfondir certains thèmes.

Pour mieux rencontrer ce public, le vidéogramme est disponible en quatre langues: français, turc, arabe (dialecte marocain) et berbère.

Ses objectifs:

- sensibiliser les femmes aux bienfaits de l'allaitement maternel;
- augmenter les choix comme la durée de l'allaitement maternel sans pour cela culpabiliser celles qui ne le pratiquent pas.

Le thème et les messages véhiculés

Le spectateur suit une jeune maman occidentale et son bébé. On les voit vivre, c'est-à-dire se promener, rencontrer des amies, parler de ses doutes, se rendre chez son médecin,...

En toile de fond, l'allaitement maternel est présenté comme enrichissant et pour la maman et pour le bébé, mais pas toujours facile à vivre. Les premiers temps, la maman et son bébé doivent s'adapter l'un à l'autre, trouver leurs rythmes. C'est une recherche et une découverte qui se fait à deux

Marie-Madeleine Leurquin, Centre d'Education du Patient

Contacts: Cultures & Santé (02/513.56.99) et Centre d'Education du Patient (081/42.22.08)

EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION
POUR LA SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOÛT) DECEMBRE 1992 ISSN 0776-2623

73



La prévention des toxicomanies

Réflexions

Utilité et difficultés de la prévention primaire, par *Luc Bils*, p.3

Comportements de consommation des jeunes, par *Danielle Piette et Marianne Prévost*, p.6

"Giefs pour l'adolescence", par *Michel Orban*, p.9

Harmoniser les données épidémiologiques, par *Catherine Preumont*, p.15

Initiatives

Les modules de formation d'Info-Drogues, par *Patricia Seunier*, p.18

"Citadelle", un réseau d'aide à Tournai, par *Michèle Bruffaerts*, p.19

Mouscron: stop ou encore?, par *Marie-Andrée Ledoux*, p.23

La péniche Cinna, par *Michèle Bauwens*, p.25

La prévention à Charleroi, par *Jean-Marie Canon*, p.29

Interventions dans les écoles primaires, par *Annick Sondag*, p.30

Sevrage tabac: la méthode Point Contact, par *Maryse Wanlin*, p.31

La formation des généralistes, par *Alexis Goosdeel*, p.32

La licence spéciale en assuétudes, par *Alfred Noirfalise*, p.33

"Agir avant 12 ans" (Liège), par *Philippe Wathélet*, p.35

Un certificat en toxicomanie, par *Luc Bils et Paul Christophe*, p.36

Prévention en province de Luxembourg, par *Benoît Pousset*, p.37

Documentation

Les outils, les programmes, les équipes, par *M.A. Bertrand, D. Dewind, A. Goossens et Y. Gossiaux*, p.38

Prévention sida

p.42

Lu pour vous

Drôles de nectars - *Samy et Coucky*, par *Geneviève Houlioux*, p.43

Vu pour vous

Trois programmes de qualité, par *Eric Vandersteenen*, p.47

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.



Un spécial "Prévention des toxicomanies"



Ce numéro est le résultat d'une collaboration fructueuse avec le C.C.A.D. et de nombreux partenaires actifs dans ce domaine.

Il s'agit d'un sujet d'actualité dont le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française, Magda De Galan, a d'ailleurs fait une de ses priorités.

Ce problème pose de nombreuses questions non seulement sur le plan de la prévention mais aussi au niveau social, économique, juridique et thérapeutique. Nous ne pourrions pas aborder tous ces aspects, mais n'oublions cependant pas que l'éducation pour la santé et la prévention doivent se situer dans une approche globale, systémique de promotion de la santé.

En introduction à ce numéro, vous trouverez un article de Luc Bils sur l'utilité et les difficultés de la prévention primaire en matière de toxicomanies.

Dans la même rubrique "Réflexions", Danielle Piette et l'équipe de PROMES nous apportent des données ciblées sur les comportements des jeunes face aux assuétudes. Michel Orban nous propose un article concernant la première partie de l'évaluation du programme "Clefs pour l'adolescence" et Catherine Preumont nous parle de l'harmonisation des données épidémiologiques dans le domaine.

Au rang des initiatives, les contributions sont nombreuses et diversifiées: au niveau des régions tout d'abord, puisque sont présentes Charleroi (Jean-Marie Canon pour les actions de prévention), Bruxelles (Patricia Seunier pour les interventions d'Infor Drogues), Liège (Philippe Wathélet pour la Commission prévention assuétudes de la province de Liège), Mouscron (Marie-Andrée Ledoux pour une action de prévention primaire "Stop ou Encore"), Tournai (Michèle Bruffaerts pour l'action de concertation "Citadelle") et le Luxembourg (Benoît Poussset) mais aussi au niveau des expériences puisqu'on y parlera d'actions d'éducation pour la santé, de prévention primaire, d'évaluation (Michèle Bauwens pour la péniche Cinna) et de formation (Alexis Goosdeel pour les généralistes, le Professeur Alfred Noirfalise pour la licence spéciale en assuétudes et enfin, Luc Bils et Paul Christophe pour la formation en province de Liège).

Nos rubriques habituelles sont également consacrées à la thématique des toxicomanies: sida et toxicomanies; documentation ciblée par le RESO et Dominique Dewind (service documentation du C.C.A.D.); vidéogrammes sélectionnés par Eric Vandersteenen.

L'abondance de matière nous a contraint à reporter la publication de certains textes au mois prochain. Nous espérons que leurs auteurs ne nous en voudront pas trop...

De même, tous les groupements et organismes actifs en éducation pour la santé dans le domaine de la prévention des toxicomanies ne sont évidemment pas présents; il existe d'autres expériences qui se développent en Communauté française.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter le C.C.A.D.; attention, il vient de déménager à Forest et la nouvelle adresse est: rue de Hal 34, 1190 Bruxelles, tél: 02/332.02.92.

Et pour ceux qui souhaiteraient compléter et enrichir le débat par leurs expériences et réflexions, ils sont les bienvenus dans les colonnes d'un de nos prochains numéros.

Un grand merci à tous ceux qui ont collaboré à ce numéro et plus particulièrement à Luc Bils et à l'équipe du C.C.A.D.

Christian De Bock, rédacteur en chef

A vos magnétoscopes

Familles de toxicomanes

Un reportage sensible sur le vécu douloureux des familles de toxicomanes... Comment réagir face à la toxicomanie de son enfant? Bien des parents refusent d'affronter la réalité. Avec le temps, ils doivent pourtant eux aussi vivre la dépendance, la délinquance et même la violence de leur enfant.

Las d'être livrés à eux-mêmes, des parents ont décidé de rompre le silence et nous racontent leur calvaire, les crises de manque, la panique, la désintoxication et, dans certains cas, l'overdose. Cette émission a obtenu le prix de la Communauté française de Belgique lors du premier festival de la Commission des Communautés européennes sur l'Education pour la Santé par l'audiovisuel (Royan, les 07, 08 et 09 octobre 1992).

Signalons aussi qu'elle a été unanimement appréciée par les intervenants travaillant spécifiquement avec les familles et l'entourage de toxicomanes, manquant sensiblement d'outils d'information ou d'animation.

Renseignements: R.T.B.F. Charleroi (Autant Savoir - Passage de la Bourse, 6000 Charleroi) - Diffusion: Médiathèque de la Communauté française de Belgique.

La neige en tête

Ce reportage, réalisé en 1987, montre les préparatifs de l'expédition, les courses en montagne et l'ascension du Mont Blanc par un groupe de toxicomanes.

Cette expérience non conventionnelle d'aide aux toxicomanes est organisée depuis 1982 par l'ASBL "La Trace".

Sur base des images de l'expédition et suivant une structure non linéaire - les participants (toxicomanes, médecins, psychologues, animateurs) expriment leurs états d'esprit, leurs difficultés, leurs motivations, leurs joies, les problèmes et les richesses de la vie en groupe, leurs objectifs futurs.

Pour les responsables de "La Trace", le but de cette expérience est de donner aux toxicomanes en cours de traitement la possibilité de se découvrir, de se dépasser et de rencontrer les autres au cours d'une randonnée (physiquement et psychiquement éprouvante) au Mont Blanc.

Ce film donne une vision positive de l'expédition mais montre aussi toutes les difficultés rencontrées par les toxicomanes qui souhaitent sortir les échecs et les déceptions de certains, les craintes de tous pour l'avenir.

Un vrai message d'espoir, une expérience à poursuivre sans aucun doute et à soutenir avec force!

Renseignements: Centre Vidéo de Bruxelles (Rue Royale Sainte Marie 113 - 1030 Bruxelles - Tél.: 02/216.80.39) - Diffusion: Médiathèque de la Communauté française de Belgique (Référence SD0031)

Faits divers: Jean-François

Une toute nouvelle émission de télévision non agressive et pleine de pudeur et de retenue, avec un ton et un style nouveau, loin des "reality shows" qui occupent les premières places à l'audimat télévisuel.

Cette émission remonte le cours de la vie de Jean-François, avec ses parents et ses amis, en posant le terrible pourquoi de sa mort à 23 ans. Puis elle explore, avec les témoins du passage de Jean-François entre les mains des experts et des thérapeutes, l'aberrant circuit institutionnel, pénal et psychiatrique qu'il a suivi avant de décider de se donner la mort.

On pénètre un premier cercle avec le témoignage de la famille et des amis. Et déjà, se pose le problème de la drogue qui accentue encore le manque de communication, d'avantage peut-être parce qu'on se trouve à la campagne.

On nous montre ensuite les incohérences de l'institutionnel, les contradictions entre experts, les thérapies qui vont jusqu'à l'absurde quand on entend, par exemple, déclarer un

jeune "incapable du contrôle de ses actes mais libre de ses choix"!

Tout à la fois donc une enquête sensible et approfondie sur les circonstances du suicide d'un jeune toxicomane de 23 ans; une réflexion riche et émouvante sur les relations difficiles (frisant plus d'une fois l'incompréhension totale) entre parents et enfants; une mise en évidence (quasiment une dénonciation) du regard particulier porté par les "professionnels" ainsi que par la société sur les toxicomanes et la toxicomanie en général.

Le but de "Faits divers", à l'instar de l'émission radiophonique du même nom, est "d'ouvrir des voies de réflexion dans la conscience collective à propos d'événements qui pourraient arriver à n'importe qui".

Ce coup d'essai est, d'après moi, une totale réussite. A voir, à revoir surtout et à méditer d'urgence!

Renseignements: R.T.B.F. Liège (Faits divers - Palais des Congrès, 4000 Liège) - Diffusion: Médiathèque de la Communauté française de Belgique.

D'autres documents abordant des aspects plus généraux (social, économique, juridique, politique, historique, etc) ou plus spécifiques des toxicomanies (témoignages, traitements, expériences) sont disponibles à la Médiathèque.

Certains sont repris dans la collection "Education pour la Santé" (une fiche d'appréciation contenant un avis sur le programme et des conseils d'utilisation est alors disponible), les autres étant quant à eux repris dans la collection vidéo d'Intérêt Général.

A vous de choisir en fonction de votre intérêt personnel ou professionnel et de vos besoins!

Rappelons que tous ces programmes sont en location dans les services de prêt de la M.C.F.B. (plus de 120 centres à Bruxelles et en Wallonie) au prix de 100 francs par semaine. Des tarifs encore plus avantageux sont aussi proposés aux écoles et aux associations (abonnement forfaitaire).

Pour tout renseignement: Médiathèque de la Communauté française de Belgique, Service Formation-Education, Place Flagey 18, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/640.38.15

Eric Vandersteenen, Chef de projet

Hygiène : numéro spécial

Education pour la santé à l'école

Du 25 au 29 novembre 1991, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont réuni des

experts à Genève pour faire partie d'une Consultation commune sur les Stratégies de mise en oeuvre de programmes intégraux d'éducation pour la santé et de promotion de la santé à l'école. Le numéro 3/92 de la revue Hygiène (pour rappel, publiée par l'Union Internationale d'Education pour la Santé) est entièrement consacré à cet événement.

Education pour la santé à l'école: quelques lignes directrices d'action.

Stratégies d'action

Quatre activités essentielles sont à poursuivre pour mettre en oeuvre l'éducation pour la santé à l'école:

- élaboration d'une politique;
- création d'un mécanisme de coordination;
- élaboration et mise en oeuvre d'un programme;
- recherche et évaluation.

Développement d'une politique

Pour faire de l'éducation pour la santé à l'école une priorité nationale, les promoteurs du projet et les décideurs politiques doivent avoir la même optique du projet et s'entendre sur les objectifs, les ressources et les résultats à atteindre.

Création d'un mécanisme de coordination

Cette structure doit comprendre des professionnels des Ministères de la Santé et de l'Education, ainsi que d'autres organismes responsables du développement de programmes, de l'identification et de l'allocation de ressources.

Elaboration du programme et mise en oeuvre

Il convient d'attacher une attention particulière aux points suivants:

- 1) identification et évaluation des besoins de santé et des problèmes que rencontrent les enfants d'âge scolaire, de leurs connaissances, de leurs valeurs et de leurs pratiques, de même que la nature et l'ampleur des programmes scolaires et de formation des enseignants existants, et des ressources pour répondre à ces besoins;
- 2) plans d'action pour orienter le projet au niveau national et local, orientés sur des réalisations à court terme nécessaires pour atteindre les objectifs à long terme;
- 3) cours d'éducation pour la santé permettant aux enfants d'acquérir des connaissances, des valeurs et des comportements sains par le biais d'un programme planifié intégré au programme scolaire d'enseignement général pendant toute la durée de leur vie scolaire;
- 4) d'autres occasions en dehors de la classe doivent être trouvées afin de renforcer l'enseignement pour la santé;
- 5) établir des liens entre l'école et la communauté peut aussi être bénéfique et renforcer le programme scolaire en fournissant des occasions d'application des connaissances et donc améliorer l'information et les conditions de la communauté;
- 6) formation des enseignants, que ce soit une formation initiale ou continue. Il faut réviser les formations actuelles et les revaloriser pour y incorporer une approche plus complète

Recherche et évaluation

Ces deux composantes sont fondamentales pour mettre en place le programme d'action et de promotion et pour évaluer l'efficacité de la mise en oeuvre et de la pratique. Ces activités doivent être planifiées en amont plutôt qu'en aval de l'événement, en utilisant les outils à la fois pratiques et techniquement sophistiqués.

La Consultation OMS/UNESCO/UNICEF a rédigé un rapport important intitulé: "Education pour la santé à l'école: lignes directrices d'action". Ce rapport fournit des éléments d'information pouvant être utilisés pour concrétiser la mise en oeuvre de l'éducation pour la santé à l'école, que ce soit dans les pays industrialisés ou en développement.

Hygiène, organe officiel de l'UIES, rue de l'Ecole de Médecine 15-21, F-75270 Paris cedex 06, tél. (33-1) 43.26.90.82. ■

La Santé de l'Homme

Une revue en constante évolution

Au mois d'avril dernier, la revue du Comité français d'Education pour la Santé fêtait ses cinquante ans. En juillet-août, elle présente son 300ème numéro sous une nouvelle livrée.

Depuis deux ans, le contenu de la Santé de l'Homme tournait autour de dossiers consacrés à des thèmes de santé publique comme la prévention de la toxicomanie, du tabagisme, le surpoids, le sport, etc. Ces dossiers prennent aujourd'hui une place plus importante et une forme plus autonome puisqu'ils se présentent sous forme de cahiers détachables.

Celui du numéro 300 est consacré aux rythmes biologiques: acquisitions des rythmes chez le petit enfant, sommeil, obésité et rythmes de vie, rythmes scolaires, rythmes de vie et conditions de travail chez les adultes, problèmes spécifiques du troisième âge.

Une autre évolution fondamentale pour la revue: elle accordera désormais une place plus importante aux activités des nombreux comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé; comme il y a plus de cent points de contacts en France, nous ne doutons pas de l'enrichissement des expériences apportées par cette initiative.

La Santé de l'Homme, Comité français d'Education pour la Santé, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves. L'abonnement est de 130FF pour six numéros. ■

Réflexions

Prévention primaire et éducation pour la santé en toxicomanie : utilité et difficultés

Considérations générales

Les consommations excessives d'alcool et de tabac, l'utilisation abusive et inadéquate de médicaments psychotropes touchent toutes les couches de la population. Elles sont, avec le recours aux substances toxicomanogènes illégales, tant chez les jeunes que chez les adultes, des indices révélateurs d'un malaise qui s'est accru durant ces deux dernières décennies. Les drogues légales et illégales sont à l'heure actuelle partout présentes, qu'il s'agisse de l'école, du milieu du travail, de celui des loisirs, ou tout simplement de la rue.

Le problème "drogues" n'est pas l'apanage unique des jeunes, les adultes aussi sont concernés. Toutefois, les expressions de cette problématique varient d'un milieu de vie à un autre ou d'une région à l'autre.

Il y a 10 ans, lorsque se présentait un problème en milieu scolaire, il faisait fréquemment l'objet d'une négation systématique par l'ensemble des adultes responsables ou du moins par certains d'entre eux afin de préserver l'image de marque de l'institution scolaire. Cette attitude s'est heureusement modifiée ces dernières années, grâce aux intervenants en prévention, qui ont aidé progressivement d'ailleurs, les membres de la communauté éducative à ne pas se focaliser exclusivement sur les seules consommations de drogues illicites. Cela a favorisé les changements d'attitudes liés aux représentations du problème "drogues" au sein du milieu scolaire. En effet, si certains jeunes consomment des produits illicites, un plus grand nombre utilise aussi, sinon davantage, des produits licites tels le tabac, l'alcool ou des médicaments psychotropes.

Il est vrai qu'on entoure plus facilement les drogues illicites d'une aura sensationnaliste qui ne manque pas d'alimenter l'imaginaire collectif, générateur de rumeurs quelquefois fantaisistes ou de stéréotypes qui ont la vie dure. Ceci dit, le toxicomane aux drogues illicites, et particulièrement l'héroïnomanie, s'inscrira plus facilement qu'une personne dépendante de l'alcool dans un processus d'exclusion sociale et de marginalisation. La petite ou la grande criminalité généralement à la base de l'approvisionnement en produits illicites est à l'origine de cette différence.

Les jeunes et les drogues

Si l'on examine les statistiques et les données d'épidémiologie sociale obtenues par différentes enquêtes, il n'est pas possible d'obtenir une photographie tout à fait précise du problème. L'épuration obtenue permet cependant de donner quelques lignes des tendances très générales qui peuvent se manifester, notamment chez les jeunes: précocité du premier contact avec certains produits toxicomanogènes.

En général, avant 10 ou 11 ans, que les enfants expérimentent le tabac ou l'alcool. Il n'est pas rare en effet, que des problèmes de ce genre soient mis en évidence par des instituteurs durant les heures de classe. Cet âge du premier contact a d'ailleurs tendance à baisser au fil des ans. C'est au sein de la famille et avec les copains que se font fréquemment les premières expériences.

Les produits psychotropes licites ont tendance à se consommer différemment suivant le type d'enseignement. Il semble bien

que dans l'enseignement technique et professionnel, la consommation régulière d'alcool et de tabac soit plus répandue que dans l'enseignement général, où ce sont les médicaments psychotropes qui seraient plus appréciés. Des facteurs culturels et sociaux pourraient en être responsables.

Une faible estime de soi conjuguée à une tendance à la marginalisation (échecs scolaires répétés, milieux sociaux défavorisés...) constituent des facteurs de risque supplémentaires pour faciliter des consommations excessives de produits licites ou inadéquates de drogues illicites.

Les jeunes scolarisés: simples expérimentateurs, consommateurs ou toxicomanes?

Le passage de l'enfance vers l'adolescence est une période difficile pour certains jeunes. Un premier obstacle coïncide notamment avec le passage de l'enseignement primaire vers le secondaire et correspond au début d'une phase de changements importants, durant laquelle des expériences nouvelles s'effectuent et participent ainsi au processus de maturation.

C'est dans ce contexte que des consommations uniques, sans lendemain, sont susceptibles de se réaliser, qu'il s'agisse de drogues licites ou illicites, tabac ou haschisch. Certains adolescents peuvent cependant aller vers des consommations plus régulières que l'on peut qualifier de récréationnelles; ils seront surtout à la recherche d'un plaisir. Pour d'autres bien que restant relativement adaptés à leur milieu, ils rechercheront au travers de leur consommation à résoudre des conflits ou des problèmes.

Une entreprise difficile

**Lutter contre l'offre ou
la demande de
drogues?**



optique plus large de prévention positive et globale à partir des situations présentées dans les deux ouvrages. Voici quelques suggestions:

Au départ des aventures de Samy et Coucky, dans un atelier d'expression orale ou écrite, dans le cadre d'un cours de langue maternelle, l'intervenant peut proposer aux enfants d'imaginer la suite des aventures, de réfléchir sur ce qui a précédé celle-ci, de compléter le scénario, de s'interroger sur la manière dont ils se seraient comportés dans la situation des héros de cette aventure (pourquoi, comment, etc.).

Plus loin encore, l'enseignant peut inviter les enfants à jouer ces situations. Ce type d'activités pédagogiques permet certainement que les valeurs se clarifient, que les opinions s'expriment et que des prises de conscience naissent.

A partir du texte relatif à la respiration et à la circulation, dans "Drôles de Nectars", les enfants peuvent découvrir comment leur corps fonctionne en système et comment un élément peut influencer l'ensemble de la machine. Interroger des professionnels de la santé, faire des recherches dans des encyclopédies, observer et comparer le fonctionnement d'une voiture, d'une maison sont autant de pistes possibles pour transmettre de manière attrayante ces connaissances.

En suivant le modèle du reportage qui présente le travail d'un chien détecteur, les enfants peuvent, par exemple, compléter ce reportage sur l'utilisation des animaux comme l'aide aux handicapés ou la visite d'un centre d'entraînement pour chiens.

Le respect de la nature et la protection de l'environnement sont certainement à intégrer dans une démarche de prévention des toxicomanies avec des enfants. Les jeunes seront aussi sensibles à la lutte contre la pollution. C'est une façon de resituer la problématique des toxicomanies dans un cadre plus large. C'est permettre aux enfants de s'engager dans certaines actions concrètes dans leur écoles, dans leur quartier.

Les éducateurs peuvent aussi attirer l'attention des enfants sur les phénomènes de consommation automatique de médicaments en réponse à un malaise. Par le biais de discussions, d'enquêtes auprès d'enfants et d'adultes, un des objectifs consisterait à voir quelle alternative trouver. On

peut également se pencher sur la consommation abusive de friandises, sur la pratique excessive de sport. Aider les enfants à trouver des réponses et des comportements adéquats fait aussi partie de la prévention des toxicomanies.

La culture, la transformation des produits dans les pays en voie de développement sont aussi à considérer avec les enfants dans une perspective de compréhension de la nécessaire solidarité Nord-Sud. L'analyse des modes de vie et des coutumes à travers les âges et les contrées leur permettront aussi de mieux comprendre les phénomènes de consommation de drogues.

Enfin, il ne faut pas exclure les débats éthiques auxquels les enfants ont souvent des réponses pleines de bon sens. Leurs réflexions, leurs questions pertinentes ont laissé parfois plus d'un adulte dans l'embarras. On peut ainsi envisager de débattre avec eux des questions comme: faut-il punir ou soigner les toxicomanes, faut-il légaliser ou interdire l'usage des drogues douces, quelle part de responsabilité ont les gouvernements, à qui profite le commerce des stupéfiants, à quoi sert le blanchiment de l'argent, que faut-il faire? etc.

Ces questions peuvent faire l'objet de sondages d'opinions dans l'entourage des enfants, être traitées au départ de l'analyse de la presse, ...

S'interroger sur le sens de la toxicomanie revient en fin de compte à s'interroger sur le sens de sa vie. Permettre aux enfants d'exprimer leurs espoirs, leurs émotions, leurs passions, c'est permettre aux idéaux de se construire. C'est leur dire qu'ils peuvent devenir les héros de leur vie quotidienne, que le rêve peut devenir réalité et que le dépassement de soi libre de tout artifice est possible.

Synthèse et conclusion

Avec des enfants, nous devons avoir à l'esprit le souci permanent d'inclure nos actions de prévention dans un contexte plus large d'éducation. Nous travaillons d'abord sur les facteurs de risque avant de travailler sur les risques eux-mêmes. Parler de produits semble avoir peu d'utilité, si ce n'est de faire de "la drogue" une réalité quasi mythique et extérieure à eux pouvant stigmatiser une impression d'impuissance. Or, rappelons-nous qu'un des objectifs majeurs des

actions de prévention est d'amener les jeunes à décider, à choisir et à résoudre des problèmes le plus librement possible.

Plus globalement lorsqu'on s'intéresse à l'éducation nutritionnelle, à la prévention des accidents domestiques, à l'éducation des jeunes consommateurs, on fait aussi de la prévention primaire des toxicomanies sans pour cela aborder directement le thème drogue.

Pour terminer soulignons-le encore: une action efficace de prévention ne pourra avoir un impact sur les enfants que si elle compte au moins 6 à 8 heures de cours par année scolaire et qu'elle traite des conséquences physiques et psycho-sociales du comportement toxico-dépendant, qu'elle envisage ce qui a, ce qui peut conduire à ce comportement, qu'elle rende les enfants capables de résister à la pression négative de leurs amis et qu'elle soit soutenue par les parents.

Geneviève Houioux, PROMES - ESP - ULB, et Service Education Santé de la Croix-Rouge de Belgique

Drôles de nectars, Fondation Toxicomanie et Prévention Jeunesse, Fondation de France (éditeurs), 44 pages, 1992. Diffusion: Consult (041/23.47.98) et CCAD (02/675.33.96).

Les aventures de Samy et Coucky, M.HECJO - album n°1 - Collection de la Biche, Edition Mélanie Montuel, 39 pages, 1991. Disponible au CCAD (02/675.33.96). ■

Cancer : épidémiologie et dépistage

L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie publie les résultats pour 1990 de l'enregistrement par le réseau de médecins-vigies des tumeurs du sein, du col de l'utérus, de la prostate, de la peau et du colon-rectum.

L'enregistrement de 1990 confirme la tendance à la prévention: nombre des cancers enregistrés ont été diagnostiqués sur base d'un examen préventif. Il permet également de constater une perte de temps importante entre les premières plaintes, l'examen préventif

Ces interventions relèvent des secteurs légaux et juridiques, où lois, conventions et réglementations de l'usage des substances psychotropes en limitent ou en interdisent l'accès. Lorsque ces dispositions sont transgressées, appliquer des sanctions constitue le principe de base de la réduction de l'offre. La répression du trafic illicite en est un exemple. Ce principe général est d'ailleurs d'application pour l'ensemble des drogues licites ou illicites. Les professionnels que l'on rencontrera sur le terrain dans le champ de cette activité ne seront autres que les représentants des forces de l'ordre. En effet, policiers et gendarmes s'investissent de plus en plus à l'heure actuelle dans le travail de prévention. S'il est heureux qu'ils s'en préoccupent, il importe toutefois que leurs rôles restent bien délimités et que leurs actions se déroulent dans la clarté et la transparence, et davantage encore lorsqu'il s'agit de collaborer avec les autres intervenants de la prévention, plus impliqués dans la stratégie de la réduction de la demande.

Des collaborations nouvelles sont à trouver entre les représentants de ces deux secteurs.

Quel est le modèle de prévention le plus efficace?

Depuis de nombreuses années, les intervenants en prévention tentent de mettre en oeuvre, en y consacrant énormément d'énergie, des programmes d'éducation et de prévention. Leur souhait est évidemment que ceux-ci soient efficaces dans les effets attendus. Ceci soulève le problème de l'évaluation.

Il faut bien reconnaître avec De Haes (1) que les études d'évaluations qui ont été effectuées montrent qu'en général les effets obtenus par les programmes de prévention semblent assez faibles et que dans certains cas on peut même parler d'effets contre-productifs.

Bien souvent, on obtient toutefois un mélange d'effets positifs et négatifs. Les moyens budgétaires li-

mités mis à la disposition des activités visant la réduction de la demande, le manque de cohérence d'une planification à long terme, de même qu'une difficulté de coordination aux différents niveaux, local, provincial, communautaire ou national, n'y sont sans doute pas étrangers.

En fonction des diverses stratégies évoquées, on distingue habituellement quatre modèles de prévention bien différenciés. En les appliquant, stricto sensu, on peut projeter la plus ou moins grande facilité - ou difficulté - à en évaluer les effets obtenus. C'est en fonction des centres d'intérêts, de la profession ou de la formation de l'intervenant ou de l'orientation de l'institution que l'on distinguera les modèles suivants:

Le modèle médical classique ou de santé publique

Dans celui-ci, on considère que les substances psychotropes et plus particulièrement les drogues sont des substances nuisibles pour la santé de l'individu et donc pour son organisme. Dès lors, les personnes qui consomment ces substances de façon abusive sont considérées comme malades et nécessitent un traitement médical. Dans la mesure où il n'existe pas de vaccin pour prémunir contre ce type de "maladie", l'approche préventive sera éducationnelle.

Le modèle moral et légal

Dans cette approche, on part de l'idée que certaines drogues sont interdites ou fortement réglementées par la loi. C'est le cas des drogues illicites. Dans cette optique, la consommation de drogues illicites peut être considérée comme un crime ou du moins comme un délit; consommateurs et dealers doivent dès lors être poursuivis et condamnés. Les résultats de l'Eurobaromètre 91 indique qu'un échantillon représentatif de la population belge pencherait pour cette solution.

Le modèle psycho-médico-social

En partant du principe que les personnes qui consomment des dro-

gues présentent des perturbations au niveau de leur personnalité ainsi que dans leurs relations aux autres, il importe qu'une aide voire une psychothérapie leur soit proposée pour résoudre leurs problèmes. Dans cette démarche le consommateur à problèmes n'est pas seul en cause mais son entourage doit lui aussi bénéficier de cette aide psychothérapeutique.

Le modèle socio-culturel

Ici, on part du constat que certaines personnes sont des victimes d'une société mal organisée ou injuste, où les écarts entre riches et pauvres s'accroissent de plus en plus. Il faut donc changer cette société en vue d'obtenir une meilleure égalité par une meilleure justice distributive afin de permettre aux gens d'opérer une maîtrise sur leur propre vie. Dans une société juste "il ne devrait pas y avoir de problème de drogues".

Il est plus que probable que ces différents modèles contiennent une part de vérité. C'est pour cette raison qu'il semble plus réaliste de considérer qu'une démarche intégrant l'ensemble des modèles est une façon relativement plus équilibrée de l'envisager. Ceci n'est pas sans compliquer l'approche évaluative.

Suivant que l'on accorde plus ou moins d'importance à l'un des modèles de base, on peut, de nouveau avec De Haes et Shorman, classer les différents programmes d'éducation et de prévention selon trois approches:

- une approche basée sur la mise en garde c'est-à-dire dissuasive;
- une approche informative visant à augmenter les connaissances;
- une approche orientée vers la personne s'inscrivant plus dans un contexte d'approche holistique de la personne, de la santé et de la société.

Il semble bien que les programmes d'éducation et de prévention orientés vers les substances, sont des démarches purement informatives ou de mise en garde et peuvent avoir un effet stimulant sur le désir d'expérimenter certaines dro-

gues. Il conviendrait donc de ne pas encourager ce type de programme. Par contre ceux qui prennent en considération les problèmes spécifiques aux jeunes, voire aux adultes, dans le cadre d'une approche orientée vers la personne, sont susceptibles de réduire l'expérimentation de drogues et d'améliorer l'insertion des jeunes et des adultes là où ils évoluent dans leur milieu de vie.

En fonction des considérations émises et en guise de conclusion, il est possible de dégager quelques besoins prioritaires en matière de prévention des assuétudes et plus particulièrement celle qui relève de l'éducation pour la santé:

1. La prévention doit être **précoce**, c'est-à-dire qu'elle s'adresse aux jeunes suivant des tranches d'âges spécifiques, de l'en-

seignement maternel au supérieur. Elle doit aussi rencontrer les jeunes hors du milieu scolaire.

2. Elle doit être **globale**, c'est-à-dire privilégier la personne dans ses différents lieux de vie.

3. Son développement nécessite une **planification** à long terme. Elle doit donc s'inscrire dans un plan d'action impliquant à la fois des activités de réduction de l'offre et de la demande.

4. Elle pose le problème de la **sensibilisation** et l'**information** des personnes-relais naturels et celui de la formation complémentaire des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux. Des services spécialisés proposent des programmes de sensibilisation et d'information,

tandis que des établissements d'enseignement offrent des curricula spécifiques.

5. L'efficacité des programmes de prévention nécessite, aux différents niveaux, des coordinations harmonieuses afin de développer des synergies entre les diverses activités.

6. La **recherche** dans les domaines de l'épidémiologie sociale et de l'évaluation des programmes doit être au service des promoteurs d'actions et des services de première ligne.

Luc Bils, Directeur C.C.A.D.

(1) De Haes W.; looking for effective drug education programs: 15 years exploration of the effects of different drug education programs, in Health Education Research, volume 2, N°4, 1987, P.P. 433-438.

Comportements de consommation des jeunes

Il y a drogues et drogués. Dans le premier groupe, on range les substances dont l'usage répété crée un état de dépendance psychique et physique: tabac, alcool, médicaments psycho-actifs et drogues illicites. Le terme de "drogués" désigne les personnes qui présentent des signes de dépendance, qu'elle soit psychologique ou physiologique, envers une substance. Pelc (1983) introduit également le concept d'assuétude: "enfin, si l'on veut englober l'ensemble des conditions où l'on voit un individu abuser, sans contrôle, d'une substance alors que ceci entraîne déjà manifestement un préjudice pour sa santé, et si l'on veut mettre l'accent également sur les comportements particuliers de ce même individu recherchant continuellement sa drogue, nous souhaitons voir utiliser le terme 'assuétudes'" (p.17).

Face au problème de la consommation de drogues, nous pouvons décrire 4 stades principaux:

1. le non-consommateur de produits pouvant conduire à un état d'assuétude;

- 2. le consommateur occasionnel;
- 3. le consommateur régulier non dépendant ou développant une assuétude;
- 4. le consommateur régulier drogué dépendant.

Les données présentées ci-dessous concernent les jeunes se trouvant aux stades 1, 2 ainsi que ceux se trouvant aux stades 3 et 4 considérés simultanément (les données ne permettent malheureusement pas une différenciation entre ces deux étapes). Ces données proviennent de l'enquête 1990 de l'étude "Les comportements de

santé des jeunes" déjà décrite précédemment dans cette revue; elles sont extraites de la brochure de synthèse éditée en septembre 1992 ou des rapports qui vont paraître dans la collection "Santé Pluriel".

L'échantillon total est de 4663 jeunes de la cinquième primaire à la sixième secondaire des différents types et réseaux d'enseignement de la Communauté française. Remarquons que la présentation des résultats pour 4 groupes d'âge seulement réduit cet échantillon de moitié.

Comportement de consommation en % - tabac								
	11 ans		13 ans		15 ans		17 ans	
	G	F	G	F	G	F	G	F
non fumeurs	97	99	90	90	82	74	68	77
fumeurs occasionnels	2	1	3	3	5	5	5	3
fumeurs réguliers	1	-	7	7	13	21	27	20

Tableau 1: comportement de consommation tabagique par sexe et âge (à l'exclusion des non-réponses)

Lu pour vous

Drôles de nectars - Samy et Coucky

Commentaires et suggestions pédagogiques

Considérations préliminaires

Premièrement, il faut se rappeler que bien souvent l'initiation à la consommation de drogues se produit dans un contexte familial. C'est généralement entre copains, dans une ambiance de fête, de spectacle, de partage, où l'émotion peut être intense et chaleureuse, que les jeunes fument leur premier joint. Ignorer cette réalité dans un contexte de prévention peut être une erreur importante en termes d'efficacité et de crédibilité auprès d'un public de jeunes.

Cette bande dessinée et ce livre ont en commun une vision relativement manichéenne du phénomène complexe de la toxicomanie. Les notions de plaisir, de convivialité, de partage, d'attrait du risque, d'amitié, de conformité au groupe souvent liées à la consommation de drogues sont peu ou pas développées dans ces deux ouvrages. Le dealer est caricatural. Il est représenté comme le mauvais - bandit, vaurien, plus âgé, antipathique, à la mine patibulaire, d'origine probalement méditerranéenne - c'est peut-être loin de ce que les adolescents vont connaître.

Deuxièmement, reprenons le mot d'Olivenstein: "La toxicomanie est la rencontre d'un individu particulier, à un moment particulier, avec un produit particulier". Or, dans ces deux publications, la rencontre avec le produit et l'escalade vers la dépendance sont présentées de manière inéluctable.

C'est vrai que c'est une situation dangereuse mais il faut souligner que tous les jeunes qui touchent ou toucheront un jour à un produit toxique ne vont pas automatiquement (heureusement!) devenir toxico-dépendants. Cette relation consommation-dépendance semble aller de soi dans les deux livres. C'est d'une part, témoigner de peu de confiance en la capacité des jeunes à gérer sainement la prise de risques, et d'autre part, c'est occulter tout le contexte sous-jacent qui mène à la toxicomanie et,

pour lequel les éducateurs doivent se mobiliser.

Etre attentif aux situations personnelles, familiales, scolaires difficiles - avant qu'elles ne se dégradent complètement - fait aussi partie de la prévention des toxicomanies. Apprendre aux jeunes à vivre avec la proximité des produits est à inscrire dans les objectifs des éducateurs.

Présentation

La bande dessinée "Les aventures de Samy et Coucky" est élaborée sur le mode de la science-fiction. Au cours d'un voyage interplanétaire, des personnages en partie humains, en partie animaux, en partie robots vont vivre une aventure contre un vilain fabricant de drogue. C'est une bande dessinée imprimée en noir et blanc à colorier.

"Drôles de nectars" est un livre de type magazine, il est constitué d'une histoire, de jeux, de reportages, de planches de BD, d'un courrier du lecteur, d'un mini-livre et d'un lexique. Il est illustré par des dessins et des photographies. Ce magazine de prévention est construit sur un mode interactif invitant le jeune lecteur à lire, à jouer, à découper et à colorier.

Cet éventail de propositions fait appel à une série de compétences que les enfants aiment bien exercer. Ils se sentiront impliqués par le ton et par les activités proposées. Ce sont des supports qu'ils ont l'habitude de manipuler et qu'ils apprécient. L'âge exact auquel ces deux publications sont destinées n'est pas précisé. Elles semblent certainement être indiquées pour des jeunes des trois dernières années du primaire qui maîtrisent bien la lecture et qui, sur le plan du développement psychosocial, ont acquis certaines valeurs de justice sociale, d'équité, de solidarité.

Ces deux ouvrages trouveront toute leur efficacité s'ils sont exploités par des adultes soucieux de répondre aux questions, attentifs à susciter la réflexion et prêts à entamer le dialogue avec les enfants.

Les objectifs généraux

Ces deux publications permettent certainement de sensibiliser les éco-

liers aux problèmes des toxicomanies. Ces outils de sensibilisation sont à inclure dans une démarche plus globale d'éducation pour la santé inscrite dans une optique de santé positive.

La bande dessinée peut ainsi être le point de départ d'une campagne plus vaste de prévention. Les objectifs généraux de cette campagne seraient centrés sur la transmission des connaissances utiles comme, par exemple, le fonctionnement du corps, la clarification des valeurs liées à la prise de risques et le renforcement des possibilités des enfants à résister aux pressions négatives des amis.

Contenus

Les thèmes développés, en matière de connaissances, traitent entre autres du fonctionnement respiratoire et circulatoire, des plantes médicinales et toxiques, de différentes drogues, de leurs effets, d'une partie de la lutte contre le trafic de stupéfiants.

En terme d'attitudes, la sensibilisation des enfants s'articule autour des contenus drogues illicites mais aussi autour de la consommation de drogues licites comme le tabac, l'alcool, les médicaments, et les solvants. Leur attention est également attirée sur l'influence et la pression des amis.

Les phénomènes de dépendance à un produit, les motivations à leur consommation font partie des contenus de ces supports pédagogiques. Les auteurs ont, par ailleurs, veillé à ne pas négliger l'aspect financier de l'usage de drogues. Ils développent ainsi certains aspects du trafic, de la vente et de la distribution.

Des modèles adultes de comportements de réalisation de soi font aussi partie des pages destinées aux jeunes lecteurs. Un sportif, des musiciens, un médecin, un astronaute témoignent de leur passion qui les a menés au dépassement de soi.

Exploitation et extension pédagogiques possibles

Au-delà de l'exploitation suggérée - lecture, dessin, jeux, réflexion, etc. - l'utilisateur attentif pourra développer des activités pédagogiques dans une

Prévention sida

Prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues

Dans le cadre de sa mission de programmation et de coordination de la prévention du sida, l'Agence Prévention Sida de la Communauté française de Belgique a demandé à la Division H.I.V. du C.C.A.D. un rapport de synthèse sur la question de la prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues. Ce rapport a été rédigé par Georges Bauherz, Dan Kaminski, et Serge Zombek (1).

Ce rapport a été l'objet de discussions au cours d'un séminaire organisé au Centre Jacques Brel à Bruxelles. Y participaient une quarantaine de spécialistes de la prévention du sida et de la toxicomanie, ainsi que médecins, pharmaciens, juristes.

Arguments

Concevoir une politique de prévention du sida à l'égard des usagers de drogues impose sinon une révision, du moins une réévaluation des priorités dans les messages diffusés à leur adresse et dans les politiques sanitaires mises en place.

L'abstinence était jusqu'ici l'objectif principal des traitements de l'usage des drogues et cet idéal était majoritairement partagé par les intervenants de terrain, les responsables politiques, l'opinion publique et les usagers eux-mêmes. Elle demeure, observée sous l'angle de la prévention du sida, un but raisonnable, mais cesse d'être un impératif ou un préalable, et doit être relayé par un autre dessein, celui de limiter les dommages ou des effets secondaires par la consommation de drogues.

A l'idée d'une sexualité à risques limités — idée de mieux en mieux acceptée, le tabou sur le plaisir sexuel s'atténuant progressivement — fait ainsi écho l'idée d'une injection à risques limités. La prévention du sida à l'adresse des usagers de drogues doit pour conduire un ensemble de petites victoires partielles dans divers domaines ("un peu de tout") soigneusement sélectionnés ("pas n'importe quoi"). Le but est d'arriver à modifier le comportement d'un maximum d'usagers de drogues injectables le plus tôt possible dans leur "parcours", afin de limiter l'extension de l'épidémie.

Parallèlement nous devons accepter, durant une période encore indé-

minée, de cohabiter avec le virus. Dans le même ordre d'options, il s'agit d'admettre progressivement l'idée que la peur est un argument préventif insuffisant. Il nous faudra imaginer des campagnes qui motivent les usagers positivement, plutôt qu'agiter sans cesse le spectre d'une redoutable catastrophe en cas de transgression des directives transmises.

Obstacle

Le frein principal à l'adoption et à la maximalisation de l'efficacité des mesures préconisées ci-dessous est l'orientation résolument et exclusivement répressive de la législation relative à l'usage des drogues, en ce sens qu'elle contribue à la marginalisation sociale et culturelle des usagers, et en particulier à leur exclusion des principaux circuits sanitaires. Cet obstacle n'est pas un empêchement insurmontable: il y a lieu, dans ce contexte et malgré lui, de convaincre les acteurs concernés et de prendre des mesures.

Convaincre

Convaincre les intervenants en toxicomanie de réorienter partiellement leurs objectifs en y intégrant la lutte pour l'accès aux services socio-sanitaires, l'offre à leur clientèle de conseils et d'informations sur le sida, l'établissement de contacts avec le grand nombre d'usagers de drogues jusqu'ici non pris en compte.

Convaincre les usagers de drogues d'utiliser un matériel d'injection stérile et d'abandonner autant que faire se peut la voie parentérale pour la voie orale.

Convaincre l'opinion publique que le "shoot propre" n'est pas une incitation à se droguer et qu'il est possible de concilier deux messages: "drogez-vous proprement" et "ne vous drogez pas" dont seule l'apparence est contradictoire.

Convaincre les responsables politiques d'assumer leur fonction de leader d'opinion, et de ne plus se réfugier derrière un électorat présumé hostile à tout changement, pour se cantonner dans un immobilisme anxieux.

Convaincre l'administration pénitentiaire que drogues et seringues circu-

lent dans les prisons, que son rôle dans le réseau préventif est aujourd'hui incontournable, et que la stratégie de prévention du sida à l'égard des usagers de drogues incarcérés doit être identique à celle qui prévaut en liberté.

Prendre des mesures

Faciliter l'accès à un matériel d'injection stérile.

Augmenter et diversifier les offres de traitement aux usagers de drogues, augmenter la capacité d'accueil des médecins généralistes par une formation spécifique, et, en particulier, élaborer des procédures de traitement de substitution de longue durée et à haut niveau d'adhésion.

Soigner activement et humainement les usagers de drogues séropositifs ou malades, en souhaitant qu'une telle attitude empathique les incite à adopter eux aussi un comportement plus "responsable" sur le plan sanitaire (vis-à-vis de leurs partenaires sexuels et d'injection).

Utiliser et former le réseau communautaire existant pour diffuser les conseils préventifs.

Soutenir très activement et multiplier les campagnes visant à entrer en contact avec la population non identifiée comme consommatrice de drogues et ne fréquentant pas les institutions de soins (dans la lignée de l'opération Boule de Neige).

Favoriser les tentatives d'auto-organisation des usagers, à l'instar de ce qui se passe en Hollande, en Allemagne ou dans la communauté homosexuelle. Ces regroupements de pairs, à vocation d'entraide, sont souvent les vecteurs les plus efficaces de la prévention.

Le rapport des experts est édité en collaboration avec l'hebdomadaire médical "Le Généraliste" et est disponible à l'Agence de Prévention du Sida.

(1) **Georges Bauherz** est neuropsychiatre au département de neurologie du C.H. Molière-Longchamp (Bruxelles) et co-organisateur du congrès Eurotox 92; **Dan Kaminski**, juriste et criminologue, est assistant et chercheur à l'U.C.L. (Faculté de droit - Département de criminologie et de droit pénal); **Serge Zombek**, neuropsychiatre, travaille au service médico-psychologique (centre de crise - urgences) de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles.

Tabac

Essai

A 11 ans, 15% des garçons et 7% des filles ont déjà essayé de fumer. A 13 ans, ces chiffres s'élèvent à 26% et 28%. Ils sont respectivement de 47% et 52% à 15 ans et de 66% et 63% à 17 ans. Certains de ces jeunes en restent à un essai isolé et ne développent pas de dépendance.

Comportement de consommation

Dans cette enquête, on observe qu'à 17 ans, il y a plus de fumeurs réguliers (au moins une cigarette par semaine) parmi les garçons que parmi les filles (tableau 1). Bien qu'il ne s'agisse pas d'une étude de cohorte (observation du même groupe de jeunes pendant plusieurs années), on peut faire l'hypothèse que les jeunes filles sont plus nombreuses à devenir fumeuses régulières à un âge plus jeune que celui des garçons.

Commentaires

34% des fumeurs réguliers fument plus de 2 paquets par semaine et 27% entre 1 et 2 paquets de cigarettes par semaine. Pratiquement deux tiers des fumeurs réguliers disent qu'ils souhaiteraient arrêter de fumer.

Ils envisagent plusieurs possibilités:

- 57% pensent que leurs amis seraient leur meilleur soutien;
- 39% citent les groupes d'entraide;
- 22% pensent à des actions menées à l'école;

- 17% mentionnent l'aide des parents;
- 15% trouvent que les interdictions de fumer peuvent être une aide efficace;

Alcool

Essai (première consommation)

A 11 ans, 71% des garçons et 65% des filles déclarent avoir déjà bu de l'alcool. A 17 ans, cette différence entre les sexes n'existe plus (93% de jeunes ont déjà consommé des boissons alcoolisées). A cet âge, la non-consommation est pratiquement le fait des jeunes de religion musulmane.

Comportement de consommation

Voir tableau 2 ci-dessous.

Ivresse

A 11 ans, 8% des jeunes déclarent avoir été ivres au moins une fois. C'est surtout l'ivresse répétée qui augmente avec l'âge: 18% des garçons de 17 ans disent avoir été saouls plus de 10 fois; 19% des filles du même âge ont déjà été saoules 2 ou 3 fois.

Commentaires

La boisson la plus souvent consommée est la bière. On peut supposer qu'il s'agit, dans beaucoup de cas, de bière de table généralement peu alcoolisée. Toutefois, l'enquête menée simultanément parmi des responsables de ces établissements scolaires révèle que des jeunes in-

troduisent des canettes de bière à l'école pour accompagner leur repas de midi.

L'essai de boisson alcoolisée est précoce. Il semble donc qu'on peut aborder cette problématique, tout comme celle du tabagisme, dès l'école primaire.

Environ deux tiers des jeunes qui boivent régulièrement de l'alcool (c'est-à-dire au moins une fois par semaine) le font généralement en famille ou avec des amis. Certains évoquent aussi une consommation dans les clubs, sportifs par exemple.

Pour beaucoup de jeunes, l'ivresse n'est pas un phénomène purement occasionnel: elle se produit plus fréquemment parmi les jeunes qui boivent de l'alcool au moins trois jours par semaine.

Environ 15% de buveurs réguliers (c'est-à-dire qui boivent de l'alcool au moins une fois par semaine) disent boire plus quand ils se sentent seuls ou "à plat". Ce type de consommation mérite certainement une attention particulière: il peut faire craindre l'émergence de comportements de dépendance.

Médicaments

Les plaintes évoquées ne nous permettent pas de définir l'état de santé "objectif" des jeunes. En effet, aucun examen médical ne vient compléter les informations recueillies par le questionnaire auto-administré. Quoiqu'il en soit, ces symptômes amènent beaucoup de jeunes à prendre des médicaments. Cette consommation est plus élevée en Belgique que dans les autres pays européens qui ont mené la même enquête. Le tableau 3 détaille cette consommation par âge et sexe.

Comportements de consommation

Voir tableau 3 page suivante.

Commentaires

17% des jeunes ont pris deux médicaments différents; 8% en ont

	11 ans		13 ans		15 ans		17 ans	
	G	F	G	F	G	F	G	F
chaque jour	5	3	5	4	14	5	17	6
chaque semaine	12	6	20	12	30	27	43	27
moins d'1x/semaine	83	91	75	84	56	68	40	67

Tableau 2: comportement de consommation de boissons alcoolisées par sexe et âge (à l'exclusion de non-réponses)

Comportement de consommation en % prise de médicaments le mois précédant l'enquête (au moins une fois) contre:								
	11 ans		13 ans		15 ans		17 ans	
	G	F	G	F	G	F	G	F
Maux d'estomac	23	17	14	18	15	20	20	20
maux de ventre	24	31	20	29	15	40	18	40
maux de tête	37	42	43	56	42	66	14	64
nervosité	8	5	5	3	8	12	7	9
difficultés de sommeil	8	4	4	3	3	9	7	5

Tableau 3: prise de médicaments pendant le mois précédant l'enquête (au moins une fois), par sexe et âge

pris trois. Les filles sont globalement de plus grandes consommatrices que les garçons. Ces différences entre sexe sont également observées dans le cas des adultes (diverses enquêtes de Pestiaux, expliquées dans Santé Pluriel 9).

En Belgique, qu'il s'agisse des adultes ou des jeunes, le pourcentage de consommateurs est, pour les médicaments à but psycho-actif ou calmant, le plus élevé d'Europe.

Une série de questions portaient sur la décision de consommation du médicament en cas de maux de tête. Il apparaît que 20% des jeunes consommateurs de 11 ans prennent eux-mêmes la décision d'utiliser un médicament, la décision revenant aux parents dans les autres cas. A 17 ans, ces chiffres s'inversent: 80% des jeunes décident eux-mêmes, et 20% laissent les parents prendre l'initiative de conseiller la consommation. Cet exemple, qui n'est pas le seul de cette enquête, conduit à l'hypothèse d'un apprentissage familial de consommation médicamenteuse: le jeune, habitué à recevoir automatiquement un médicament en cas de maux de tête, adopte ce comportement. Les jeunes qui déclarent ne pas consommer automatiquement un médicament en cas de maux de tête disent résoudre ce problème en se reposant, en prenant l'air ou tout simplement en attendant que le mal de tête disparaisse. Il y a plus de jeunes déclarant avoir consulté récemment un médecin parmi les consommateurs de médicaments que parmi les autres jeunes. Il

semble donc bien que les jeunes soient en contact avec les services de santé et que le médecin généraliste doive développer un rôle d'éducation à la bonne utilisation des médicaments.

Drogues illicites

Les questions portant sur les drogues illicites n'ont pas été posées à l'ensemble de l'échantillon. De plus, parmi les jeunes qui consomment régulièrement une drogue illicite, peu fréquentent régulièrement l'école. Dès lors, les analyses descriptives sont peu aisées ou impossibles à faire. En Communauté française, 11% des jeunes déclarent avoir consommé au moins une fois une ou plusieurs drogue(s) illicite(s) et 3.1% disent en consommer régulièrement. Ces chiffres sont inférieurs à ceux observés dans l'échantillon néerlandophone (tableau 4, repris de Navarro 1992).

Commentaires

Il est intéressant d'observer le rapport entre le nombre d'essais et la consommation régulière: d'après ces chiffres, un jeune sur trois parmi ceux qui déclarent avoir consommé au moins une fois une ou plusieurs drogue(s) illicite(s) déclare consommer régulièrement une de ces drogues. Il est possible que le pourcentage de jeunes consommateurs réguliers de ces produits soit sous-estimé dans cet échantillon car il y

	Essai et consommation régulière de drogues illicites en %		Test X ²
	Comm. française (n=2256)	Comm. flamande (n=2080)	
essai			
oui	11.0	5.2	p<0.001
non	86.4	94.8	
cons. régul.			
oui	3.1	1.5	p<0.001
non	96.4	98.5	

Tableau 4: essai et consommation régulière de drogues illicites par régime linguistique (pour les 100% de jeunes de ces groupes).

a probablement plus de jeunes consommateurs parmi les jeunes en décrochage scolaire que parmi les jeunes présents à l'école le jour de l'enquête. Ceci est vrai pour les deux régimes linguistiques.

Il semble donc que, comme en ce qui concerne l'essai de tabagisme et la consommation de cigarettes, la prévalence de consommateurs réguliers est associée à celle des jeunes qui ont essayé le produit: plus il y a de jeunes qui essayent, plus il y en a qui deviennent dépendants. Il n'y a donc aucune indication en faveur de la banalisation de l'essai.

Discussion

Plusieurs implications découlent de ces quelques chiffres. Il est recommandé de lancer une intervention de prévention des assuétudes dès l'école primaire, au moins en ce qui concerne le tabagisme, les médicaments et l'alcool.

L'influence des pairs et des parents apparaît dans les moyens cités par les jeunes comme aide à l'arrêt du tabagisme. Il nous semble donc important de renforcer davantage leur rôle.

Les circonstances entourant une surconsommation de produits (alcool et médicaments) révèlent que les jeunes recherchent dans ces substances une solution en cas de problème. La gestion des situations de crise ou de problème chronique doit être intégrée dans

requiert la participation active des enseignants qui sont chargés de l'application et reçoivent pour ce faire une formation de trois jours, mais aussi des parents et de la collectivité. Voir l'article de Michel Orban dans ce numéro.

Campagnes

Buvez avec modération. Comité de concertation sur l'Alcool et les Autres Drogues.

Campagne de promotion de la consommation modérée de boissons alcoolisées: trois affiches (*La vie est trop belle pour la voir trouble - Le sport est trop palpitant pour le voir trouble - Le trafic est trop dense pour le voir trouble*) et une brochure (qui a été distribuée dans les bureaux de poste) incitent à veiller à sa santé et boire modérément, particulièrement dans le cadre du travail, du sport, de la circulation routière...

Sans alcool les mecs ! Jeunes mais pas fou ! Institut belge pour la sécurité routière.

Campagne s'adressant aux jeunes conducteurs et comprenant des affiches avec la photo de F. Vanthielen, héroïne du film "Boys" et une brochure avec quelques statistiques, des conseils, des explications à propos de l'action de l'alcool sur l'organisme et son influence sur le comportement au volant, ainsi que des témoignages. 300 000 exemplaires de cette brochure ont été distribués dans les écoles, les associations et les discothèques.

Pour les jeunes

Acidulé, Numéro consacré à la prévention des drogues: Shit alors!, Cid AdDoc, mai-juin 1992, 18 p.

Ce numéro tente de faire le point à propos de la prévention des drogues avec, pour optique, de dédramatiser le phénomène afin de ne pas envisager la prévention primaire sous l'angle de la peur. Il contient des articles concernant des programmes de prévention, des associations, les activités de la police ainsi que des renseignements pratiques.

Toxicomanie et prévention. Dossier-press Actual Quarto n° 85 en collaboration avec le C.C.A.D., en préparation: parution prévue pour janvier 1993.

Recueil d'articles concernant les enjeux, les différentes drogues et leurs effets, le marché de la drogue,

la personnalité des toxicomanes, la lutte contre la drogue, la prévention, le traitement des toxicomanes,...

Avant qu'il ne soit trop tard...

OTTENHOF R., CARIO R., Délinquance et toxicomanie. Eres (Questions actuelles de criminologie), 1991. (Localisation: C.C.A.D.)

Réflexions de magistrats, travailleurs sociaux, psychiatres et juristes à propos de l'injonction thérapeutique, la répression et l'incarcération des toxicomanes, la réforme du code pénal espagnol...

Dossier toxicomanie(s). Le Nid, avril-septembre 1992, 43 p. (Localisation: C.C.A.D.)

Divers articles présentant des associations travaillant avec des toxicomanes, notamment La Teignouse, centre de prévention et d'accompagnement des toxicomanes; ITI, centre d'accompagnement de toxicomanes incarcérés; le travail d'un psychologue à Enaden, centre de traitement,...

PREUMONT C., Dans le théâtre de la prévention de la dissémination du virus du sida à l'adresse des usagers de drogues. Mémoire. Louvain-La-Neuve, UCL, 1992. (localisation: C.C.A.D.)

Le risque particulièrement élevé d'infection par le HIV encouru par les usagers de drogues par injection a entraîné un débat au sujet d'une révision sociale thérapeutique et judiciaire quant à l'usage de stupéfiants. La consommation de drogues étant considérée comme un délit, la prévention du sida auprès des toxicomanes pose des problèmes. L'opération Boule de Neige, décrite ici, vise à l'apprentissage du risque sida chez les toxicomanes intraveineux grâce à la méthode des pairs et donc aussi à partir de relations basées sur la confiance et le respect mutuel.

Les équipes

Devant l'énorme information sur les équipes qui oeuvrent dans ce domaine, nous sommes obligés de vous orienter vers la consultation de catalogues spécialisés. En effet, il y a des centres de formation de relais, des fédérations, des équipes d'écoute, des groupes d'entraide, des associations d'aide aux parents, etc.

Dans la base de données ANNUAIRE sont répertoriés 65 organismes ou équipes s'intéressant aux assuétudes en général, plus 21 sur l'alcoolisme,

31 sur le tabagisme, 19 sur les drogues et 3 sur les assuétudes médicamenteuses.

Le C.C.A.D. publie une "Liste de centres, organismes et institutions ayant une action préventive, de recherche et/ou curative dans le domaine des toxicomanies", mise à jour Octobre 1992 (Localisation: C.C.A.D., RESODOC).

Les adresses, et quelques informations sur chaque centre, sont présentées par province (Bruxelles et Wallonie).

Deux provinces, Liège et Namur, ont édité en collaboration avec le C.C.A.D., leur propre catalogue dont voici les références:

Toxicomanies. Répertoire des Services d'Aide dans la Province de Liège, Service Provincial d'Aide et d'Action Sociales, O.D.E.S./C.E.D.S., Liège, 2ème éd., nov. 1991, 118 p. (Localisation: C.C.A.D.)

Au-delà de l'adresse ce catalogue présente aussi pour chaque équipe: le statut juridique, les objectifs, le public visé, l'équipe, l'horaire de fonctionnement, les conditions d'admission, la participation financière, les collaborations. Une page est chaque fois consacrée aux activités relatives aux toxicomanies. Bref, une information très complète pour la Province de Liège et même des informations sur des organismes à Bruxelles ou ailleurs qui n'ont pas toujours leur équivalent en région liégeoise ou qui travaillent au niveau de l'ensemble de la communauté.

Ne faisons pas l'autruche face aux toxicomanies, Commission provinciale de Prévention de la Criminalité de Namur (Localisation: C.C.A.D.)

Brochure d'information sur les équipes et organismes qui interviennent dans la problématique des toxicomanies. La province de Namur est présentée en 5 parties. Les différents types d'intervention y sont représentés: information, prévention, traitement et postcure.

A ne pas oublier le document "Groupes d'entraide dans la C.F.B. Guide méthodologique. Inventaire 1991", réalisé par la Cellule de coordination intermutualiste, UNMS-ANMC, Bruxelles, 1991, 22 p., supplément à "Education santé" n°58 (Localisation: Infor-Santé, C.C.A.D., RESODOC E.01-02).

M.A. Bertrand (RESO), D. Dewind (Documentation C.C.A.D.), A. Goossens (RESO) et Y. Gossiaux (RESO)

Ecoles primaires et secondaires

Résolutions prises à la Conférence européenne de Lubeck sur le thème "Drugs prevention in schools" (7-10 octobre 1991)

Afin de marquer l'importance et d'encourager les initiatives dans le cadre européen, les résolutions suivantes ont été proposées à la conférence européenne de Lubeck à laquelle avaient été désignés L. Bils (C.C.A.D.) pour la Communauté française et M. Geinaert (VAD) pour la Communauté flamande. Ces résolutions s'inscrivent également dans le cadre de travail de la Commission Education pour la Santé de la Commission des Communautés Européennes.

1. UNE PREVENTION EFFICACIE DE LA CONSOMMATION INADEQUATE DE DROGUES EN MILIEU SCOLAIRE EST UNE DEMARCHE INDISPENSABLE
La prévention drogues à l'école est indispensable. Elle doit être développée dans toutes les écoles européennes. Des ressources adéquates (finances et équipes de prévention) doivent être dégagées. Des objectifs éducatifs devraient être intégrés dans les politiques officielles de santé publique.
2. LA PREVENTION "DROGUES" DEVRAIT INCLURE TOUTES LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (tabac, alcool, médicaments, solvants,...)
3. DES PROGRAMMES DE PREVENTION DEVRAIENT ETRE PROPOSES ET VISER DIFFERENTS GROUPES D'AGES
Ces programmes devraient être appliqués dès le début de la scolarité y compris le niveau "maternel"
4. LA METHODOLOGIE DE PREVENTION DEVRAIT ETRE TRES BIEN STRUCTUREE ET UTILISER UNE PEDAGOGIE PARTICIPATIVE
Cette méthodologie tiendra compte des besoins des jeunes et soutiendra le développement de leur santé. Des groupes de pairs pourraient s'impliquer dans cette démarche et viser le développement d'habiletés sociales (life-skills).
5. DES FORMATIONS POUR ENSEIGNANTS TANT DE BASE QUE CONTINUEE SONT INDISPENSABLES
Un accompagnement - ou supervision - doit être réalisé.
6. LA RESPONSABILITE POUR LA PREVENTION "DROGUES" RELEVE DE L'ECOLE
La planification, coordination et réalisation de la prévention "Drogues" reste du domaine de la responsabilité de l'école en coopération avec les services médico-sociaux. Des collaborations avec des professionnels extérieurs devraient être gérées et coordonnées dans le cadre d'un programme de prévention établi par l'école.
7. LA PREVENTION "DROGUES" DOIT S'INTEGRER DANS UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET GLOBALE
La prévention "drogue" devrait s'intégrer dans une approche communautaire. Celle-ci incluerait les parents, les services pour les jeunes, les autorités et organismes locaux.
8. IL EST INDISPENSABLE EN PREVENTION "DROGUES" DE TENIR COMPTE DE LA DIVERSITE DES SITUATIONS LOCALES AINSI QUE DES DIFFERENCES CULTURELLES
Dans l'optique des différences culturelles, les programmes de prévention devraient être adaptés à chaque spécificité nationale, régionale ou locale.
9. LA PREVENTION "DROGUES" DOIT ETRE DEVELOPEE DANS LES PAYS EUROPEENS. ELLE NECESSITE DES EVALUATIONS TANT QUANTITATIVES QUE QUALITATIVES
Ces évaluations doivent être réalisées à différents niveaux, tandis que les modèles utilisés ainsi que les résultats obtenus devraient être diffusés au travers de l'Europe.
10. UN ECHANGE D'EXPERIENCES EVALUEES SUR LE TERRAIN EST UNE NECESSITE
A l'échelon européen, la Commission Européenne, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et le Conseil de l'Europe devrait donner la possibilité de réaliser des échanges d'expériences de terrain évaluées. Une banque de données devrait être développée.

(Traduction: Luc Bils)

généraux qui sont à la base de ce programme, de nombreuses activités de groupe ou individuelles sont proposées dans la seconde moitié du livre.

Pour les enfants des écoles primaires (8-12 ans)**Des grilles au pays des merveilles**

(Matériel provisoire disponible au C.C.A.D. (34 rue de Hal - 1190 Bruxelles - Tél : 02/332.02.92) et au Rotary - Mr Delvigne (11 rue des Bruyères - 6120 Jamioulx - Tél : 071/21.36.06)

Programme d'éducation à la prévention de l'utilisation abusive de friandises et de produits excitants, destiné aux élèves de l'enseignement primaire (de 8 à 12 ans) ainsi qu'à leurs éducateurs. Le matériel pédagogique se compose d'un film vidéo, d'un cahier d'exercices pour les élèves et d'un guide méthodologique pour l'instituteur. Soutenu financièrement par la Commission de Prévention Toxicomanie du Rotary International en collaboration avec le Centrum voor Alcohol en drug problemen (Hasselt), il a été adapté en français par le Comité de Concertation sur l'Alcool et les Autres Drogues ce programme est déjà utilisé dans plusieurs écoles flamandes. Des pré-tests sont actuellement réalisés en Communauté française en vue d'apporter les corrections voulues et d'éditer la version définitive du matériel pédagogique.

Pour les adolescents**Clefs pour l'adolescence**

Contact : Claire Timmermans (Fondation G - 3 rue Montagne du Parc - 1000 Bruxelles - Tél : 02/516 21 39) et Patricia S'Terstevens (11 rue Le Tintoret - 1040 Bruxelles - Tél : 02/735.88.80)

(C.C.A.D. pour consultation uniquement)

Programme Lions-Quest de développement personnel et de prévention qui prend en compte les particularités et les problèmes des jeunes adolescents et qui vise à apprendre à ces derniers à résister aux pressions négatives, à communiquer, à prendre des décisions constructives afin de développer à long terme, leur aptitude à faire des choix par rapport aux produits psychotropes. C'est un programme scolaire modulable qui

le programme des actions préventives: Nous n'avons abordé que quelques-unes des informations découlant de l'analyse de ces données. Il nous semble important de citer deux autres résultats.

Le premier résultat de l'analyse descriptive des comportements de consommation par type d'enseignement: globalement, les jeunes de l'enseignement général sont moins nombreux que les jeunes de l'enseignement technique -et ceux-ci moins nombreux que les adolescents de l'enseignement professionnel- à présenter des comportements de consommation de drogues (un ou plusieurs des 4 produits cités ci-dessus). Il est donc nécessaire d'apporter une attention accrue aux jeunes des enseignements professionnel et technique si l'on veut réduire les inégalités entre jeunes.

Une deuxième constatation découle de l'analyse de la consommation de drogues en relation avec l'intégration du jeune dans différents milieux de vie (Humblet & al 1990). Plus un jeune est bien intégré dans sa famille ou à l'école, moins il a de chances de présenter des comportements à risque pour sa santé physique et plus il se sent mieux dans sa peau. Ceci signifie que les comportements de consommation ne sont pas indépendants du mode de vie en général, et de l'affectivité et de la sociabilité en particulier. Cela nous rappelle également que les jeunes qui peuvent le plus bénéficier

des actions préventives menées à l'école (parce qu'ils y sont bien intégrés) ne sont pas nécessairement ceux qui en ont le plus besoin...

Danielle Piette, PROMES - Ecole de Santé Publique ULB, et **Marianne Prevost**, précédemment à PROMES, actuellement à Infor Sida

Références

- HUMBLET P., PIETTE D. & PREVOST M. A propos de la reproduction sociale des comportements de santé des jeunes. In: HUMBLET P., LALOY M.J. & SHABAN H. (eds). Alerte aux jeunes. Actes du Forum des Femmes Prévoyantes Socialistes (mai 1990) Bruxelles 1991 (p.17-34).
- NAVARRO F. La consommation de drogues illicites par les jeunes scolarisés des Communautés française et flamande de Belgique. Implications pour la promotion et l'éducation pour la santé. Mémoire de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de Licence Spéciale en Santé Publique (orientation Education pour la Santé). Bruxelles, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles 1992.
- PELC I. Les assuétudes: définition - concepts. In: PELC I. (ed) Les assuétudes. Abus et états de dépen-

dance Alcool, Tabac, Médicaments, Drogues.

Bruxelles: Editions de l'Université Libre de Bruxelles 1983 (p; 15-17).

- PREVOST M., PIETTE D., DUSART AF. & DE SMET P. Les Comportements de santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats partiels d'une étude réalisée en 1990 dans différentes écoles de la Communauté française de Belgique. Bruxelles, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles septembre 1992.

- PREVOST M. & PIETTE D. L'enquête OMS: "les comportements de santé des jeunes". Education Santé 1990;52:3-12 et 53:3-9.

- PROMES (ed) Consommation de médicaments en Belgique: quelques chiffres. SANTE PLURIEL 9 (document de travail édité par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (à paraître en novembre 1992).

Cette étude sur les comportements de santé des jeunes est financée par le Fonds National de la Recherche Scientifique. Certaines parties de l'analyse ont été possibles grâce à un financement complémentaire des Femmes Prévoyantes Socialistes et à un autre de la Communauté française.

Clefs pour l'adolescence : une approche globale de la prévention**Qu'est-ce que le programme "Clefs pour l'Adolescence"?**

Clefs pour l'Adolescence est un programme de prévention qui s'adresse à la tranche d'âge des 10-14 ans. Il est principalement destiné à être utilisé dans un environnement scolaire par des enseignants, avec des prolongements

au-delà, dans le milieu familial et l'environnement social. Il propose une approche globale de la prévention: c'est un programme de développement personnel qui vise l'acquisition d'habiletés sociales et l'enrichissement des concepts de soi.

Il n'est pas centré exclusivement sur la prévention des toxicomanies, mais cherche une prévention plus large des "déviations": violence, vandalisme, racket, mais aussi décrochage scolaire, suicide.

Origine et adaptation du programme

En 1984, aux Etats-Unis, le Lions Club International, désireux d'apporter sa contribution dans le domaine de la prévention des toxicomanies, s'adressait à la fondation Quest International pour concevoir et développer un programme de prévention primaire destiné aux pré-adolescents. Les Lions allaient ensuite soutenir financièrement la diffusion du programme aux Etats-Unis à partir de 1985.

Quest International est une fondation à but non lucratif qui développe et vend aux éducateurs des programmes de développement destinés à différentes tranches d'âge:

- Skills for Growing pour les 5-10 ans;
- Skills for Adolescence pour les 10-14 ans;
- Skills for living pour les 15-20 ans.

Ces programmes (surtout Skills for Adolescence) sont aujourd'hui traduits et diffusés assez largement dans une quinzaine de pays, et font l'objet d'expérimentations dans une quinzaine d'autres. Plus de 70.000 enseignants ont reçu une formation de base pour leur utilisation et Quest annonce que 2.000.000 d'élèves seraient concernés chaque année.

En Belgique, à partir de 1987, différents organismes de prévention ont participé à l'adaptation du programme en langue française, en collaboration avec des collègues français et suisses, de manière à adapter l'outil aux mentalités et habitudes européennes et francophones. Skills for Adolescence devint Clefs pour l'Adolescence. Avec le soutien des Lions clubs belges, il fut introduit dans quelques écoles à partir de 1988. Le matériel (manuels et brochures) a ainsi été plusieurs fois remanié.

Depuis 1990, la diffusion de Clefs pour l'Adolescence en Belgique bénéficie du soutien financier de la Fondation G (1) qui prend actuellement en charge la formation des enseignants, la fourniture du matériel et la logistique qui s'y rapporte. Elle commande également une évaluation du programme réalisée par l'Université de Gand pour la Flandre et par l'Université de Liège pour la Communauté française.

Quest Europe est responsable de la formation initiale et continuée des enseignants impliqués dans Clefs pour l'Adolescence. La formation des enseignants est évidemment un élément clé du programme.

Il faut noter que, jusqu'à présent, ce sont des initiatives privées qui

ont permis la diffusion de Clefs pour l'Adolescence.

La Communauté française n'intervient pas dans sa prise en charge. Au cabinet du Ministre de l'Education, le programme suscite cependant de l'intérêt et de la bienveillance et on y attend les résultats des évaluations.

Stratégie de prévention

Le programme Quest Clefs pour l'Adolescence s'inscrit dans un courant actuel d'approche de la problématique de la prévention des toxicomanies, que l'on caractérisera ici d'approche globale.

Dans bon nombre d'actions de "prévention" proposées aux jeunes, notamment dans les écoles, les exposés sur les produits psychotropes et les mises en garde contre les risques liés à leur consommation abusive restent les principales activités. Pourtant, tant dans le domaine de la prévention des toxicomanies que dans d'autres domaines, il a été démontré que les connaissances acquises sur un sujet sont loin d'être un facteur déterminant pour l'adoption de nouveaux comportements.

Certaines recherches ont même fait ressortir des effets contre-productifs lors d'actions d'avertissement, de mise en garde contre les méfaits des drogues: au cours des mois suivants, le nombre de premiers essais de psychotropes était plus élevé que dans les groupes contrôles (2).

Clefs pour l'Adolescence essaie de développer chez le jeune un ensemble d'habiletés (skills) psychologiques et sociales dont on attend qu'elles rendront le jeune mieux à même d'affronter les problèmes et tensions de sa vie quotidienne et d'y apporter des réponses plus constructives que destructrices ou autodestructrices.

La consommation de drogues y est abordée sous l'angle plus large du rapport qu'individus et groupes entretiennent avec la consommation en général. Aucune séquence d'activité n'a pour seul objectif d'apporter des informations sur les produits.

Les objectifs du programme

Si la prévention de la consommation abusive de drogues est bien la préoccupation initiale de Clefs pour l'Adolescence, la stratégie globale qui est mise en oeuvre en fait un programme de prévention plus large des déviations, en essayant de créer chez les jeunes des aptitudes susceptibles de leur permettre de réagir de manière positive aux difficultés qui touchent souvent les adolescents, au manque de confiance en soi (...), au sentiment de doute (...), au manque de prise de responsabilité, à l'absence d'objectifs concrets dans leur vie, à la difficulté de résister aux influences négatives de leurs pairs, à l'absence d'esprit critique par rapport aux pressions du contexte social et à la pauvreté de certaines relations familiales. Il propose des apprentissages, des alternatives, des moyens de se prendre en charge, la possibilité de se développer de manière autonome, constructive, harmonieuse.

Organisation du programme

Découpage du programme:

L'ensemble du programme est organisé en 70 séquences d'activité de 45 minutes chacune, de manière à s'intégrer aussi facilement que possible dans un horaire scolaire du secondaire.

Les 70 séquences sont regroupées en 7 chapitres qui abordent des thèmes différents. Ci-dessous, le résumé des intentions de chaque chapitre donne une idée un peu plus précise des intentions du programme.

Chapitre I: Entrer dans l'adolescence - le défi

Créer un environnement sécurisant. Caractéristiques de la pré-adolescence, intérêts du groupe concerné. Ce que le pré-adolescent devra assumer ou affronter sur les plans physique, affectif, psychique, intellectuel et social. Permettre à chaque élève de rencontrer les membres de la classe

Journal d'alcoologie. Trimestriel. Paris, Haut Comité d'Etudes et d'Informations sur l'Alcoolisme (17 rue Marguerite - 75017 Paris) (Localisation: C.C.A.D.).

Revue d'articles scientifiques pour public spécialisé ou professionnel.

British Journal of Addiction. Mensuel. Londres, The Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. (Carfax Publishing Company - PO Box 25 - Abingdon Oxfordshire OX 14 3UE - United Kingdom) (Localisation: C.C.A.D.).

Revue de diffusion internationale d'articles d'informations scientifiques pour spécialistes et professionnels.

Addictive Behaviors: an international journal. New York, Oxford, Pergamon Press. (Headington Hill Hall - Oxford OX3 0BW - England) (Localisation: C.C.A.D.).

Publication de recherches originales et d'articles théoriques interdisciplinaires pour spécialistes et professionnels.

DOCTES

En consultant DOCTES, vous trouverez 423 notices relatives aux assuétudes: tabagisme, alcoolisme, drogues, assuétude-médicaments, dont 7 mémoires. Information à ne pas négliger au moment de réaliser un travail.

O.M.S.

Dans le 17ème "But de la santé pour tous" proposé par le Bureau Régional de l'Europe de l'O.M.S., le problème des assuétudes est énoncé comme suit:

"D'ici l'an 2000, la consommation de substances nocives et engendrant la dépendance, telles que l'alcool, le tabac et les substances psychotropes, devrait avoir sensiblement baissé dans tous les Etats membres". Une série de recommandations précises l'objectif à atteindre d'une façon plus précise.

Ce 17ème but a été modifié (en même temps que les autres) et élargi en septembre 1991.

O.M.S., Actualisation des buts européens de la santé pour tous, Quarante et unième session à Lisbonne les 10-14 septembre 1991 du Comité régional de l'Europe, rapport au Bureau Régional de l'Europe, EUR/RC41/8 +/- Conf.Doc./5 Rev.1 (Localisation: RESO OMS "série bleue").

Par ailleurs ce même Bureau Régional de l'Europe de l'O.M.S. à Copenhague a publié, depuis 1990, une série de rapports concernant les différents aspects et problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues, que ce soit en milieu familial, en milieu de travail ou auprès des femmes. On aborde des thèmes comme les facteurs psycho-sociaux de la consommation, les soins de santé primaires, les diverses politiques nationales ou stratégies d'intervention, le traitement et la prévention en Europe.

Vous pouvez trouver ces rapports au RESODOC (Localisation: RESODOC OMS Copenhague "série jaune"). Ils sont édités essentiellement en langue anglaise, mais la traduction française peut suivre deux ou trois mois plus tard.

Documentation thématique

Un livre blanc a été réalisé en 1989, sur les toxicomanies dans la Communauté française de Belgique, réalisé en un temps record (deux mois) à la demande du Ministre de la Santé. Les auteurs dressent un état de la situation et font des recommandations; ils décrivent les problèmes associés aux toxicomanies, problèmes de santé, problèmes sociaux et problèmes judiciaires; la société et ses choix éthiques, économiques et politiques; l'information, l'éducation pour la santé, la formation et la prévention; les traitements spécialisés et les non-spécialisés, les groupes d'entraide, l'aide sociale, la recherche et les coordinations.

BINOT E., JACQUES J.P. et VANDERVEKEN M., Toxicomanies en Communauté française: état des lieux et recommandations. Livre Blanc, Bruxelles, s.d. (1989), 122 p. (RESODOC: WA.23.00.04-1)

Epidémiologie en Belgique

Un rapport intercommunautaire intéressant traitant des assuétudes en Belgique a été publié en mai 1991.

Il tente de faire un bilan épidémiologique - pour la période 1980-1990 - de la consommation et ses aspects économiques, des données médico-sanitaires et des données judiciaires concernant l'alcool, les médicaments et les drogues illicites.

Commission de Coordination Intercommunautaire ASL, C.C.A.D., VAD; Les assuétudes en Belgique: rapport intercommunautaire. Bruxelles, 1991, 31ème édition, 130 p. (Localisation: RESO WA.23.00.05, C.C.A.D.)

Une mise à jour de cette situation a été réalisée dans le document "Promo santé 2000", concernant le tabagisme, l'alcool et les autres drogues.

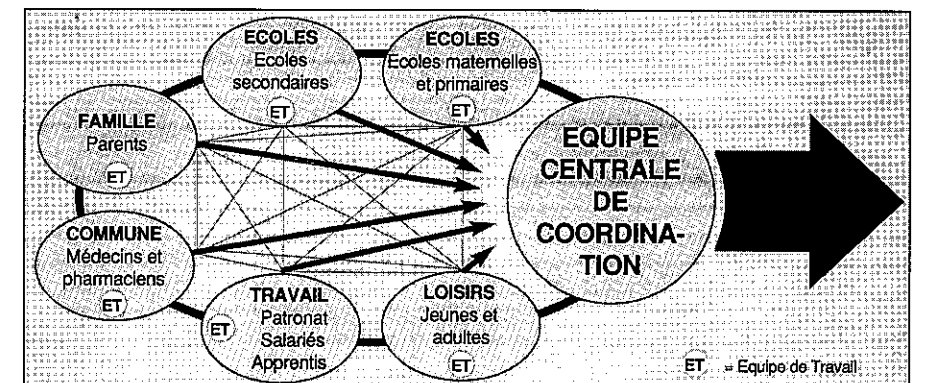
BERGHMANS L. et al., Promo santé 2000: offre et besoins en promotion de la santé en Communauté française de Belgique, E.S.P./U.L.B., RESO/U.C.L., Bruxelles, janvier 1992, Vol. I bis, pp. 256-289.

Tant qu'il est encore temps, Trois programmes de prévention

Tous les milieux de vie

SERVAIS E., Prévention drogues: approche globale: viser toute la société (suivi d'un) manuel pratique à l'usage des enseignants éducateurs et parents. Bruxelles, Labor, 1988, 274 p. (localisation: C.C.A.D.)

Le programme de prévention en Communauté germanophone s'est progressivement élargi: il ne concernait au départ que le milieu scolaire, il vise aujourd'hui toute la société. Aussi, l'approche globale de la prévention des drogues consiste en la création d'équipes de coordination de la prévention dans les différents milieux de vie. A côté des concepts



Resodoc la doc ad hoc!... avec le C.C.A.D.

Assuétudes, alcool, drogues

Il est admis, non sans contestation, que la consommation de produits entraînant une dépendance est nuisible à la santé; mais il est encore moins évident que cette affirmation puisse faciliter la prévention. Nous avons sélectionné quelques ouvrages qui, sans prétendre donner de "solutions-miracles" peuvent favoriser la compréhension de ce problème grave de santé publique.

"Les toxicomanies", par M. Reynaud, est un ouvrage de base qui a le mérite de poser un réel problème objectif, sur la problématique des toxicomanies. Il situe d'emblée deux positions polémiques et opposées: droit au plaisir ou non absolu. L'auteur aborde dans sa première partie, une présentation globale des toxicomanies comprises comme dépendance; la société et ses contextes socio-culturel, économique et législatif; les risques individuels (facteurs de risque, la personnalité, la famille); la prévention primaire et la conduite à tenir face à un toxicomane. Une partie de l'ouvrage est consacrée à un essai d'interprétation physiopathologique de la dépendance. Ensuite quatre grandes parties traitent chacune d'une des toxicomanies: alcoolisme, tabagisme, médicaments et drogues. Les derniers chapitres permettent de situer le sujet dans son environnement, ainsi que dans ses relations avec le médecin et aussi dans une structure spécialisée. L'ouvrage vise un public de médecins généralistes ou de relais sociaux.

REYNAUD M., Les toxicomanies: alcool, tabac, médicaments, drogues, Eds. Maloine, Col. Les précis pratiques, Paris, 1984, 487 p. (Localisation: C.C.A.D.)

Deux ouvrages intègrent le problème des dépendances dans la société actuelle:

EHRENBERG A. ET MIGNON P., Drogues, politique et société, Eds. Descartes/Monde éd., Paris, 1992, 363 p. (Localisation: C.C.A.D.)

Cet ouvrage est issu d'un colloque international. Il présente un tableau contrasté des drogues en Occident, décrit les raisons de l'intervention du

crack et son succès aux Etats-Unis, les liens entre transition démocratique et émergence des drogues en Espagne ou en Pologne, les facteurs qui augmentent ou diminuent la violence, favorisent ou réduisent les consommations, le rôle des traditions nationales dans le choix des produits, etc. Ce livre fait ressortir la spécificité du cas français et rappelle que les mêmes problèmes de drogues, comme les solutions, sont multiples. La quatrième partie de l'ouvrage est consacrée aux politiques de lutte contre la drogue.

REYNAUD M., Toxicomanie et pratiques sociales, A.P.P.A.M./La pensée sauvage, Grenoble, 1992, 150 p. (Localisation: C.C.A.D.)

Ouvrage collectif qui situe le problème dans un contexte interculturel ou marginal. Il souligne l'importance d'un travail en partenariat, l'accueil, le paradoxe de l'intervention de la justice, l'éthique, la psychologie, l'autonomie ou comment gérer sa vie...

La société est-elle malade? Si un des symptômes de cette maladie est la consommation des drogues par les jeunes, comment éviter, comment prévenir, quelle est la politique à suivre, quelle est la législation à mettre en place?

Au seuil de la construction politique européenne, voici des questions qui suscitent un débat auprès des décideurs européens. Un ouvrage intéressant et controversé ouvre ce débat:

STENGERS I., RALET O., Drogues, le défi hollandais, Eds. Laboratoires Delagrave, Col. Les empêchés de penser en rond, Paris, 1992, 117 p. (Localisation: C.C.A.D., RESODOC)

Ouvrage de réflexion, les deux auteurs belges sont actifs dans la recherche et dans l'action, dans le milieu des toxicomanies (ULB et Infor-drogues). Ils présentent eux-mêmes le contexte: "Officiellement, en Europe, l'heure est au dialogue, à la confrontation des expériences, et qui dit dialogue et confrontation des expériences semble dire "bonne volonté", volonté d'échanger et de comprendre. En fait, et cette constatation sera le point de départ de notre texte, cette volonté officielle rend plus visible encore la rupture

de communication entre deux politiques qui, face à la question de la drogue et de la toxicomanie, polarisent l'espace européen."

Au-delà de la "bonne volonté" il y a les choix politiques. Les auteurs présentent ici le choix hollandais et le choix français qui sont opposés et qui véhiculent une image très différente de la liberté et de la responsabilité accordée à l'individu. Par ailleurs, un chapitre est consacré aux contradictions du choix politique français par rapport à d'autres problèmes de santé majeurs, comme le sida, pour lequel l'abord préventif face aux responsabilités individuelles, a été posé très différemment que pour les toxicomanies. L'ouvrage aborde également les aspects éthiques.

Cet ouvrage a le mérite d'aider à une réflexion profonde et critique, il ouvre un débat intéressant... A lire!

Documentation permanente

Périodiques

Alcool ou santé. Trimestriel. Paris, Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (20 rue Saint Fiacre - 75002 Paris - Tél: 33.1/42.33.51.04) (Localisation: C.C.A.D.)

Revue d'intérêt général sur l'alcool publiée par l'ANPA, association qui a pour objectif de sensibiliser la population au risque alcool (s'adresse à tous les publics).

Interdépendances. Bimestriel des alternatives Nord Sud aux drogues et aux toxicomanies. Paris, Cimade (176 rue de Grenelle - 75007 Paris) (Localisation: C.C.A.D.)

Revue d'actualité concernant le trafic de drogues et les questions Nord Sud. (s'adresse à tous publics.)

Psychotropes: un journal d'information sur les drogues et leurs usages. Montréal (R. Verbeke - 5 Chemin des prés d'Hellembroux - 1338 Lasne - Belgique) (Localisation: C.C.A.D.)

Revue proposant des informations factuelles accessibles, valides et critiques sur les substances psychoactives et leurs usages. Contient de nombreux articles sociologiques. Pour le grand public et les professionnels.

individuellement et renforcer la cohésion du groupe.

Chapitre II: Acquérir de l'assurance grâce à une meilleure communication

Donner de l'assurance aux élèves en les encourageant à prendre conscience de leur potentiel. Développer la confiance en soi en partant du principe qu'un enfant qui sait pourquoi il est apprécié, en quoi il est compétent et reconnu, a plus de chances dans une situation à risque. Développer une meilleure communication entre eux et créer dans la classe une atmosphère propice aux échanges et à la coopération.

Chapitre III: Comprendre ses émotions

Apprendre à identifier ses émotions, les exprimer clairement, les accepter et les maîtriser de manière à être compris. Assumer des émotions violentes comme la colère, la frustration, résoudre les conflits de manière positive, etc. Distinguer ce qui, dans le domaine émotionnel, leur est propre, et ce qui est plus ou moins commun à l'ensemble de leurs pairs (identifier/relativiser).

Chapitre IV: Améliorer les relations avec ses pairs

Créer, développer et maintenir des relations interpersonnelles positives. La qualité des relations que l'on noue, de l'amitié, des pressions qui sont exercées sur l'individu par le groupe. Refuser les pressions et trouver des alternatives pour ne pas être rejeté ou perdre la face. La perte d'une amitié, des amitiés successives que l'on noue durant une existence et des manières de venir en aide à quelqu'un qui est momentanément sans amis.

Chapitre V: Resserrer les liens familiaux

Renforcer et harmoniser les relations familiales. L'importance de la famille, des différentes traditions. Communiquer ses sentiments et ses besoins aux autres membres de la famille. Résoudre des conflits fa-

miliaux. Rendre conscient le pré-adolescent de la place qu'il occupe et la manière dont il peut dynamiser sa famille. Redécouvrir le plaisir d'être ensemble.

Chapitre VI: Développer le sens critique pour savoir prendre une décision autonome

Développer le sens critique par rapport aux influences négatives. Décrypter les messages encourageant les comportements de fuite dans les toxicomanies afin d'y résister en toute connaissance de cause. Explorer les connaissances des enfants à propos des drogues, leurs questions, leurs préoccupations. Mettre de l'ordre dans ces connaissances bien souvent erronées, récoltées auprès de copains, de la presse à sensation, etc. Répondre aux questions concernant les produits, sans susciter un intérêt où il n'y en a pas.

Chapitre VII: Définir des objectifs pour un mode de vie sain et harmonieux

Evaluer ses attitudes et ses objectifs à court et moyen terme (future profession, l'adulte qu'il a envie de devenir, des rêves et des projets le concernant, etc.). Identifier des modèles auxquels on a envie de ressembler pour façonner sa future personnalité. Utiliser ces informations pour définir des plans d'actions pour leur vie.

Projets de service

A partir du deuxième mois, la classe choisit un projet d'aide bénévole qu'elle va continuer durant une année (tutelle pour des élèves plus jeunes, campagne de propreté dans l'école, aide aux personnes âgées, etc.). Ces projets ont deux objectifs: une réalisation pratique de ce qui est vu en classe, la collaboration au travers d'un projet avec des adultes, intégration des adolescents dans une société où ils sont trop souvent en marge.

Les lieux d'actions

La partie centrale du programme se déroule en classe. Le groupe classe est un lieu de socialisation

important du jeune et est donc un terrain privilégié pour expérimenter les comportements et aptitudes sociales visés. Ceux-ci ne peuvent cependant pas s'acquérir en opposition ou simplement en marge de l'environnement extérieur. On comprend donc bien que Clefs pour l'Adolescence tâche de créer des liens avec le milieu familial à travers certaines activités et les rencontres de parents.

De plus, à partir du deuxième mois d'application du programme, la classe est censée adopter un projet de service au bénéfice de la collectivité.

A quel point est-il possible de susciter de semblables interactions entre élèves, enseignants, parents et collectivité? C'est vraisemblablement une des questions cruciales pour une application efficace du programme.

Le matériel

Plusieurs manuels et brochures constituent le "matériel" de Clefs pour l'Adolescence

Le guide méthodologique

Ce document contient une introduction générale, théorique et pratique, pour l'application du programme.

Les 7 chapitres présentent une même structure:

1. introduction théorique, bibliographie, liste du matériel, idées de projets liés au chapitre;
2. les fiches des différentes séquences du chapitre, qui présentent toutes la même organisation:
 - titre, buts, démarche, matériel nécessaire;
 - déroulement des activités;
 - synthèse et évaluation;
 - idées de travail à domicile, suggestions de notes au Carnet de Bord personnel.

Clefs pour l'Adolescence est un programme très structuré. L'enseignant y trouve un matériel de base et des indications fort précises pour mener les activités. Cet aspect peut paraître fort contraignant, mais, à l'usage, il semble surtout que les enseignants y trouvent un

cadre de travail clair, qui concrétise bien les intentions, et auquel ils peuvent de toute manière apporter les adaptations qui conviennent à leur situation particulière (3).

Le guide des rencontres des parents

Une introduction générale et des suggestions pratiques aident les enseignants à préparer et organiser quatre réunions avec les parents sur les quatre thèmes suivants:

1. renforcer la confiance en soi de votre enfant;
2. améliorer la communication;
3. améliorer les relations familiales;
4. parler des toxicomanies avec votre enfant.

Ces rencontres des parents ont bien sûr comme but de créer des liens entre les activités du programme à l'école et la vie familiale des élèves. Elles servent notamment à expliquer aux parents le genre de choses que font leurs enfants dans le cadre de Clefs pour l'Adolescence. De plus, les sujets abordés le sont donc par des animations fort proches des séquences suivies par les élèves.

Le Cahier d'Activités de l'élève

Chaque élève reçoit une brochure personnelle. Elle contient des textes, fiches qu'il utilisera pour des activités prévues dans le programme, soit en classe, soit à domicile. Une partie appelée Carnet de Bord est disponible pour y noter des réflexions personnelles.

Le travail dans le Cahier d'Activités est important pour assurer la participation individuelle au programme et prolonger les activités en dehors des heures Clefs pour l'Adolescence suivies en classe.

Les Années-Surprises, brochure pour les parents

Une petite brochure d'une centaine de pages est distribuée à tous les parents d'élèves qui vont suivre le programme Clefs pour l'Adolescence au cours de l'année. C'est à la fois un ensemble de

réflexions sur la période de l'adolescence et sur les enjeux et les difficultés des relations entre parents et enfants pendant cette période. C'est en même temps un complément aux réunions de parents auxquelles ils seront conviés.

Formation d'enseignants

Dans la stratégie de Clefs pour l'Adolescence, la formation des enseignants est évidemment un maillon central. Les enseignants sont les chevilles ouvrières du programme et il est crucial qu'ils s'approprient objectifs et méthodes de manière personnelle pour en devenir des utilisateurs efficaces.

Comme il s'agit pour les enseignants d'acquérir des comportements "d'animateur" qui ne font pas toujours partie de leur répertoire comportemental habituel, il ne suffit pas, pour la plupart d'entre eux, de prendre connaissance du matériel. Il faut encore qu'ils soient soutenus dans leur perception d'eux-mêmes par rapport à des fonctions nouvelles, qu'ils aient des occasions de s'entraîner concrètement aux savoir-faire correspondants et d'éclaircir leurs attitudes vis-à-vis des problèmes traités.

La conception générale de la formation des enseignants à Clefs pour l'Adolescence paraît donc fort réaliste: à une formation initiale intensive de trois jours en séminaire résidentiel, qui permet de prendre contact avec le programme, succèdent au fil de l'année plusieurs journées de formation continuée. Celles-ci permettent d'approfondir la connaissance du matériel, mais, surtout, elles sont l'occasion pour les enseignants de faire le point sur leur "vécu" de l'implantation du programme, de confronter leur image d'eux-mêmes avec celle de leurs collègues, etc.

Les professeurs qui ont effectivement fonctionné pendant au moins un an avec Clefs pour l'Adolescence ont encore la possibilité de suivre un séminaire d'approfondissement de deux jours.

Quest n'accepte pas les enseignants "solitaires": les animations doivent se faire en équipes de deux au moins, et la participation des directeurs d'établissements est demandée pour assurer la meilleure cohérence avec le projet d'école. La participation d'autres partenaires éducatifs comme les centres P.M.S. est également encouragée.

Evaluation du programme

Les évaluations de Clefs pour l'Adolescence réalisées jusqu'à présent ont montré dans l'ensemble la satisfaction des acteurs concernés, enseignants comme élèves et parents. On pourrait résumer les résultats de ces évaluations subjectives (où on recueille les avis des acteurs sur le programme et sur les résultats qui leur paraissent atteints), en disant qu'il y a des modifications dans le climat de la classe, dans les relations entre élèves et enseignants et des élèves entre eux.

La satisfaction éprouvée par les acteurs du programme, pour être nécessaire, n'est malheureusement pas suffisante pour garantir l'atteinte des objectifs finaux, en termes de réduction de l'incidence des comportements "déviant".

Par ailleurs, des procédures de vérification expérimentale d'une telle réduction de la consommation coûteraient trop cher (par rapport aux moyens disponibles) et, de plus, n'auraient à elles seules guère de pouvoir diagnostic, utile pour comprendre les difficultés rencontrées et améliorer l'action. Les évaluations entreprises abordent ainsi plusieurs facettes de l'application du programme.

Validité de contenu du programme

Une première tâche de l'évaluation est bien sûr de prendre connaissance du programme de la manière la plus globale, la plus compréhensive possible: en étudiant le matériel, en participant aux for-

tés totalisant 200 heures. Les objectifs pédagogiques poursuivis par ce curriculum visent tout d'abord une meilleure compréhension par une approche globale du problème "toxicomanies" dans une optique pluridisciplinaire. Il amène les intervenants à se positionner face au problème afin de leur permettre de formuler des stratégies d'intervention préventives ou thérapeutiques, adaptées à leur terrain d'action. Enfin, il les prépare à une collaboration active dans l'élaboration et l'exécution de programmes de prévention des toxicomanies, de prise en charge ou de réhabilitation à l'échelon local ou régional.

Globalement cet enseignement répond à un souci de formation en cours d'emploi - formation continuée - et reste assurément complémentaire à des curricula plus longs (de second, voire de troisième cycle) qui existent ou qui sont en cours d'élaboration dans certaines universités (1).

La formation est actuellement suivie par des praticiens des différents secteurs relevant de l'hospitalier général ou psychiatrique, et de l'extra hospitalier: services de santé mentale, de prévention, centres de post-cure, éducateurs des milieux ouverts, etc...

Prévention en province du Luxembourg

Dans la ligne de ses activités de prévention, le Centre d'Etudes et de Prévention Alcool-Drogues de la Province de Famenne met en oeuvre un programme de prévention primaire en matière de toxicomanies.

A la lumière des résultats des enquêtes qu'il a menées dans la province auprès des jeunes et des adultes et à la suite des multiples rencontres de groupes qu'il a suscitées ou auxquelles il a répondu, il pose les fondements de son action sur certains constats:

- une toxicomanie n'est pas un piège dans lequel quelqu'un tombe naïvement. Elle est la suite de premières expériences alimentées par l'entraînement et la pression de groupes (imitation, partage,...).
- elle découle d'une recherche particulière (diminution de tension, éva-

Programme

Celui-ci est composé de deux unités qui totalisent chacune 80 heures:

Unité 1: introduction aux toxicomanies

- Approche sociologique des toxicomanies (5h)
- Eléments de législation (10h)
- Toxicologie (15h)
- Aspect médico-légaux de la consommation de produits psychotropes (5h)
- Introduction aux stratégies préventives et aux modèles thérapeutiques (30h)
- Organisation des services spécialisés en Communauté française (5h)
- Etudes de cas et visites pédagogiques (10h)

Unité 2: Prévention et prise en charge

- Stratégies d'interventions préventives (30h)
- Etudes de cas et visites pédagogiques (10h)
- Modèles thérapeutiques (30h)
- Etudes de cas et visites pédagogiques (10h)

La formation théorique doit être complétée par, au minimum, 40h de stage dans une institution spécialisée au

choix du candidat. Enfin, à l'issue du programme, le candidat présente un travail écrit réalisant la synthèse d'une réflexion personnelle.

L'intérêt de cette formation réside dans la promotion d'une méthodologie dynamique et participative spécifique de la formation des adultes.

En outre, elle promeut l'intervention de chargés de cours issus à la fois de la Cellule drogues de l'Université de Liège et des intervenants d'institutions spécialisées diversifiées.

Le coût de la formation complète est de 3500 FB., tandis que son organisation n'est pas subordonnée au calendrier académique habituel.

Luc Bils, coordonnateur de la formation - chargé de cours, et **Paul Christophe**, directeur de l'Institut d'Enseignement supérieur de Promotion sociale

Renseignements: Institut provincial d'Enseignement de Promotion sociale, 30 rue des Augustins - 4000 Liège - Tél: 041/23.38.04.. C.C.A.D., 34 rue de Hal - 1190 Bruxelles - Tél: 02/332.02.92.

(1) C'est le cas notamment de la licence en Sciences sanitaires - option assuétudes - organisée par l'Université de Liège



tion, bien-être) et participe à "l'équilibre" d'une personne en un moment donné de son existence. Cet équilibre est considéré comme inadéquat.

elle relève du domaine de la santé mentale, et traduit la difficulté d'une personne à être en accord avec elle-même et son entourage.

Le Centre d'Etudes et de Prévention propose donc une sensibilisation à dimension relationnelle du phénomène toxicomanie.

La plaquette "Ecoute-moi" suggère une réflexion sur la dynamique relationnelle jeunes-parents-adultes et sur la nécessité d'une prise en compte de l'autre qui assure reconnaissance, valorisation et donc bonne estime de soi, dans un cadre de références marquant des limites.

Est-il utile de préciser que le vécu du toxicomane se caractérise par une piètre estime de soi, un sentiment d'abandon, l'absence de limites et la recherche de plaisir... ou de moins de déplaisir... tout de suite?

Cette plaquette sera utilisée dans le cadre de réunions de groupes d'adultes, et sera diffusée vers tous les intermédiaires psycho-médico-sociaux de la Province. Elle a été réalisée en 20.000 exemplaires grâce à l'aide du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française.

Benoît Pousset, directeur de projet, Centre d'Etudes et de Prévention Alcool-Drogues.

importait également d'informer objectivement et de rassurer les parents et toutes les personnes susceptibles d'être confrontées à la problématique des toxicomanies. Dans ce but, une brochure illustrée "Drogues, informations parents" fut réalisée et largement diffusée à plus de 30.000 exemplaires à ce jour.

Dans la foulée aussi, la Commission provinciale "Assuétudes" entama une action d'information dans les écoles secondaires provinciales.

Enfin, 2 groupes de travail furent mis en place. Dépendant directement de la Commission provinciale "Assuétudes", ils réunissent divers spécialistes en vue de traiter des problèmes plus spécifiques.

Le premier de ces groupes, dénommé "Intervenants et représentants de l'ordre", a entamé l'examen des 2 thèmes suivants: la probation prétorienne et la nouvelle loi sur la détention préventive. Une expérience de probation prétorienne a débuté en juin 1992, les premiers rapports sont optimistes. Ce groupe étudie actuellement la possibilité d'élargir les possibilités de traitements à la méthadone que divers centres de santé mentale de la région liégeoise expérimentent depuis quelques temps.

Pour sa part, le second groupe de travail s'est attaqué au délicat dossier de la prévention. Après de longues séances de discussions et de réflexions, ce groupe a mis au point une stratégie générale de prévention primaire intitulée "Agir avant 12 ans". Le projet est destiné aux enfants en âge de scolarité primaire et à leur environnement, l'enseignement,

les enseignants, les parents et les travailleurs sociaux.

Les objectifs de l'action sont:

- à court terme, de sensibiliser les milieux scolaires, médicaux, sociaux à l'opportunité de la prévention des toxicomanies;
- à moyen terme, d'engager des actions concrètes mobilisatrices avec le plus grand nombre de parents, d'enfants et de professeurs;
- à long terme, de préparer les parents à développer des attitudes éducatives adéquates à l'égard des consommations.

Le but majeur, en terme d'impact, est d'améliorer la situation non seulement en matière de toxicomanie (surtout réduire la demande), mais aussi en matière de violence, de délinquance, d'isolement social et d'abandon scolaire.

Pour concrétiser cette action, la Commission provinciale "Assuétudes" a organisé une Assemblée de présentation du projet "Agir avant 12 ans" (le 15 septembre à Oupeye), où étaient conviés les Bourgmestres, Echevins, Présidents de C.P.A.S. et tous les services concernés dans les communes qui entameront le programme, à titre expérimental.

A cette occasion, nous avons réaffirmé notre position: la Province de Liège, sans vouloir se substituer aux pouvoirs des communes et associations privées, a voulu se saisir de ce problème de santé publique dans la perspective de coordonner et/ou de susciter des actions en cette matière. Il appartient donc aux localités de prendre des initiatives correspon-

dant aux lignes directrices du projet provincial de prévention. La Députation permanente, par l'entremise de sa Commission provinciale "Assuétudes", se tient à la disposition de ces communes pour leur faire des suggestions de programmes, pour les informer, pour participer et animer leurs projets et pour leur apporter ses ressources logistiques, humaines et financières afin que ces communes puissent mener à bien leurs actions de prévention.

Dans le but d'offrir à ces localités un accompagnement tout à fait complet et un maximum d'informations, la Commission va rédiger un guide de la prévention de la toxicomanie reprenant les actions possibles, les possibilités de formation, d'information, d'animation,...

L'ensemble des actions locales, coordonnées par la Province, seront évaluées par l'Université de Liège afin de nous permettre de créer un modèle et un outil de travail reproductible à l'ensemble des communes de la Province. Il s'agit là d'un travail important et de longue haleine (l'action sera menée sur une période de 5 à 10 ans), mais la Province de Liège est bien décidée à y consacrer toute son énergie et ses moyens.

Elle veut mener dans ce domaine une action significative, spécifiquement provinciale et elle est animée d'une véritable volonté d'aboutir dans cette action primordiale.

Philippe Wathelet, député permanent de Liège, Commission provinciale "Assuétudes".

Certificat en toxicomanies

Formation pour les diplômés de l'enseignement supérieur paramédical, social ou pédagogique

Les travailleurs de la santé de même que les intervenants sociaux se trouvent fréquemment confrontés, dans leur pratique quotidienne, aux problèmes et conséquences liés à la consommation abusive ou inadéquate

de drogues psychotropes licites ou illicites.

La formation de base de l'enseignement supérieur paramédical, social ou pédagogique destinée aux différents professionnels n'envisage habituellement pas cette problématique dans une optique multidisciplinaire. C'est pour cette raison qu'en 1987, à la demande des responsables de l'Enseignement supérieur provincial liégeois, le C.C.A.D. fut sollicité dans le but de collaborer à l'élaboration d'un projet spécifique de for-

mation courte en post-graduat dans le cadre de l'enseignement de promotion sociale. Le programme proposé fut soumis au Ministère de l'Education Nationale et, une année plus tard, le projet reçu son agrément et le pouvoir organisateur obtint l'accord pour les subsides nécessaires à son organisation. Le Certificat de gestion des problèmes de Santé Publique posés par les toxicomanies" était né.

A la fois théorique et pratique, cette formation est organisée en deux uni-



mations, en rencontrant des enseignants, ... Une série de questions en émergent qui guident les étapes ultérieures de collecte plus systématique d'information.

Une analyse du guide méthodologique a été menée dans l'optique de répondre à la question suivante: dans quelle mesure le principe stratégique d'approche globale de prévention se traduit-il concrètement dans l'ensemble des activités proposées?

Le graphique ci-dessous donne une réponse synthétique. On a répertorié 156 objectifs d'apprentissage pour les 70 séquences. La lecture des fiches didactiques (le déroulement des activités prévu) a permis de bien cerner l'activité qui sera suscitée chez l'élève et qui fera donc réellement l'objet de l'apprentissage.

Ces objectifs, libellés sous forme de comportements, ont été classés suivant deux axes.

Axe 1: produit - individu - milieu

Cet axe comporte trois grands types de contenus qui sont les trois dimensions classiquement distinguées dans le domaine des dépendances (notamment) où toute situation implique toujours des facteurs liés au **produit**, mais aussi aux caractéristiques de **l'individu** en relation avec des facteurs environnementaux, du **milieu** (familial, social, relationnel, ...).

Chaque objectif a été classé sur une de ces trois dimensions avec un

ordre de priorité produit - milieu - individu. C'est-à-dire que si un objectif (et/ou les consignes d'animation liées) comprenait une allusion aux produits, il était repris dans cette rubrique. Ensuite, toute référence à la gestion des relations de l'individu au milieu le faisait classer dans milieu. Ceux qui restaient se concentraient donc sur l'individu.

Axe 2: les facteurs de production d'une conduite

Cet axe distingue différentes composantes de la personne humaine comme autant de facteurs qui participent à l'émergence et à la production d'une conduite en matière de santé comme dans d'autres domaines.

Attitudes: la facette affective, expression de la motivation, de la disposition positive ou négative à l'égard d'un objet;

Savoir-faire: la capacité d'agir, d'exécuter, les habiletés pratiques (y compris verbales, pour argumenter par exemple);

Compréhension: les connaissances, les représentations, la prise de conscience du fonctionnement psychologique, social, physiologique;

Image de soi: l'auto-estimation, se voir capable de..., confiance en soi;

Décision: la capacité de peser des choix, de balancer des décisions, de faire des choix conscients.

Les 156 objectifs ont également été classés dans une de ces 5 catégories.

On relèvera en particulier dans ce graphique:

- le nombre réduit d'activités centrées sur les drogues, au bénéfice du développement personnel et des relations avec l'environnement;
- une place relativement importante faite à l'entraînement d'habiletés sociales (savoir-faire par rapport au milieu) ainsi qu'à la capacité d'élaborer des décisions.

De ce point de vue, Clefs pour l'Adolescence présente donc un ensemble d'activités cohérent avec les besoins d'une approche globale de prévention.

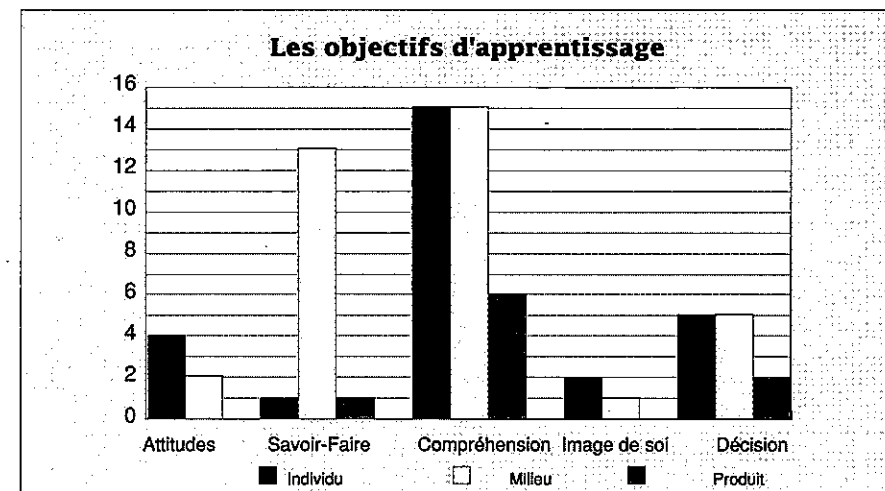
Suivi du processus d'implantation du programme

Le contenu du programme est une chose. La manière dont il est appliqué dans les écoles en est une autre. Dans quelles conditions Clefs pour l'Adolescence est-il réellement appliqué? Avec quelles difficultés, quelles réussites? Comment les enseignants se perçoivent-ils dans ce rôle d'animateur? Comment réagissent les élèves?

Comment les activités Clefs pour l'Adolescence sont-elles intégrées dans le projet d'école? acceptées par les enseignants non impliqués? Etc.

Toutes ces questions sur le processus feront l'objet d'une attention particulière au cours de l'année scolaire 1992-1993. Un échantillon (non représentatif) d'écoles qui appliquent Clefs pour l'Adolescence cette année participent à l'évaluation. Questionnaires, relevés systématiques d'activités et interviews fourniront une radioscopie de quelques éléments importants du processus d'implantation.

Notons que ce premier travail d'évaluation n'ambitionne pas de pouvoir tirer des conclusions généralisables à l'ensemble de l'enseignement, ni même à toutes les écoles impliquées. En effet, afin de faire ressortir autant que possible les effets potentiels du program-



me, on a choisi de constituer un échantillon ad hoc, c'est-à-dire constitué de quelques écoles où le programme a a priori les meilleures chances d'efficacité (expérience dans le programme, nombre d'enseignants formés,...).

Evaluation des effets

Malgré la complexité des situations évaluées, on ne peut évidemment s'empêcher de souhaiter mettre aussi en évidence des résultats en termes de changement ou d'acquisition de comportements. Y a-t-il diminution (ou moindre apparition) des conduites "déviantes" que l'on essaie de prévenir? Il est vraisemblable qu'au terme de quelques mois, on ne trouvera pas de différence statistiquement significative à ce niveau. Ceci n'empêche d'ailleurs pas de le vérifier.

Mais ce qui est davantage intéressant et praticable est de chercher à mesurer l'impact du programme sur les variables intermédiaires que sont les facteurs de personnalité visés par le programme.

Modèle de référence pour l'évaluation des facteurs individuels

Inspiré des travaux de Bandura, Fishbein, Dulany, Rosenstack, Leclercq, le schéma suivant représente les différents facteurs, prédictifs du comportement, qui seront l'objet d'une mesure de gain, principalement par voie de questionnaires écrits:

- intention comportementale;
- perception des normes sociales;
- image de soi;
- attitudes;
- habiletés;
- connaissances;
- réalisme, auto-évaluation.

Procédures d'évaluation

Une douzaine d'écoles qui appliquent Clefs pour l'Adolescence constituent le groupe expérimental. 12 autres écoles forment un groupe contrôle. Les élèves des deux groupes seront soumis, à six mois d'intervalle, à un questionnaire qui explore les différentes dimensions évoquées ci-dessus.

Cette mesure prétest/post-test plus la comparaison groupe expérimental/groupe contrôle permettront la mise en évidence éventuelle d'un effet sensible du programme sur certains des facteurs et peut-être même sur des indices comportementaux.

En guise de conclusion

On examinera avec intérêt les résultats de ces travaux d'évaluation. Sans attendre pourtant, nous serions tentés de lancer déjà quelques interrogations sur les conditions nécessaires pour qu'un programme comme Clefs pour l'Adolescence révèle son potentiel. Si Clefs pour l'Adolescence est un programme global, ne nécessite-t-il pas un en-

vironnement "globalement" favorable et cohérent pour être efficace?

Autrement dit, quel est le seuil d'efficacité de ce genre d'action? A partir de combien d'heures/semaine peut-on attendre des résultats sensibles? Dans le même ordre d'idées, quel est l'impact obtenu par Clefs pour l'Adolescence sur la famille, les parents et sur le reste de l'environnement social du jeune?

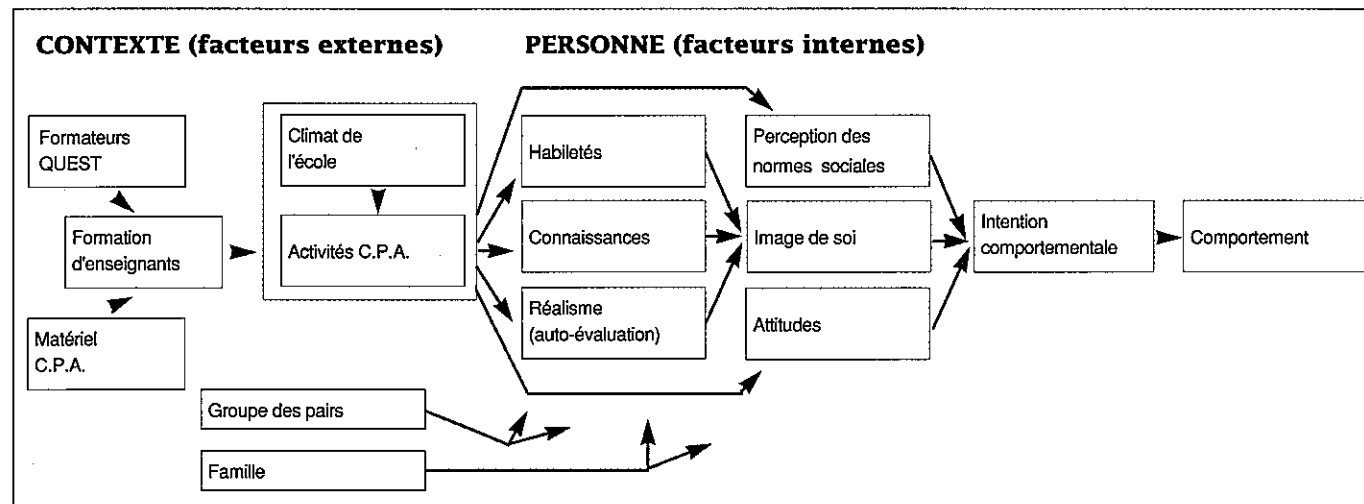
Autant de questions qui vont probablement rester sans réponse complète dans le cadre de l'évaluation actuelle et qui appellent déjà des investigations supplémentaires.

Michel Orban, C.E.R.E.S.,
Université de Liège.

(1) A.s.b.l. créée à l'initiative de la Générale de Banque, "elle permet à la Banque de dépasser son rôle financier et de participer activement à la gestion de son engagement social en aidant le développement de programmes d'éducation et de prévention à l'intention de la jeunesse en Belgique".

(2) Cf par ex. De Haes, W.F.M. and Schuurman J.H., Results of an evaluation study of three drug education methods, International Journal of Health Education, 1975-18, 1-16.

(3) Cette souplesse, cette nécessaire appropriation est d'ailleurs encouragée par la formatrice lors des sessions de formation. Cette attitude nuance ainsi utilement le côté très structuré du matériel qui peut apparaître à certains comme très contraignant et même source de méfiance.



**"Agir avant 12 ans"
Développer la prévention primaire en province de Liège**

La drogue constitue un véritable fléau, à la fois par les ravages physiques et moraux qu'elle exerce sur ses victimes et par les graves conséquences qu'elle entraîne, à tous les niveaux, pour notre société. Elle engendre une criminalité galopante à laquelle les différentes autorités se trouvent quotidiennement confrontées. Il apparaît en effet que plus de 60 % de la délinquance des jeunes est d'origine toxicomaniaque.

Face à cette situation inquiétante, la Députation permanente du Conseil provincial de Liège a créé, en mai 1990, la Commission provinciale "Assuétudes" qui, réunissant des personnalités du monde judiciaire, universitaire, médical et social, vise à coordonner, accompagner et harmoniser les actions d'information et de prévention dans le domaine des toxicomanies.

Cette Commission provinciale, la première en Communauté française, a pour but d'être le lieu de rencontre privilégié entre les différents intervenants en matière d'assuétudes et de constituer pour eux une véritable référence. Depuis sa création, elle a permis à ces spécialistes non seulement de se rencontrer et de dialoguer, mais surtout de mettre en route différentes actions spécifiquement provinciales.

Désireuse de sensibiliser et d'informer à la fois le grand public et tous les milieux concernés par les toxicomanies, elle procéda, dans un premier temps, à la publication de 2 brochures qui rencontrèrent un succès considérable.

En premier lieu, la publication d'un répertoire destiné aux services judiciaires spécialisés ainsi qu'aux médecins, pharmaciens, services sociaux... Ce répertoire reprend en effet la totalité des services et institutions qui, en Province de Liège, sont susceptibles de venir en aide aux toxicomanes. En raison de son succès, il a déjà fait l'objet de plusieurs rééditions.

Parallèlement à ce répertoire, qui répondait à un véritable besoin, il

faudrait-il qu'ils y soient sensibilisés et formés. En attendant une adaptation éventuelle des programmes, les enseignants de tous les niveaux mais peut-être surtout du primaire pourraient suivre l'exemple de réflexion des médecins généralistes et d'autres travailleurs médico-sociaux.

Enfin, il existe hors du milieu universitaire, d'autres types de formations répondant à des besoins précis. Nous pensons notamment aux enseignements de promotion sociale du type de celui organisé par l'Institut provincial d'enseignement de promotion sociale de la province de Liège. L'objectif de ces formations est de "donner aux étudiants les moyens d'action et de collaboration aux différents niveaux de l'organisation des soins préventifs et curatifs" et "partant de la compréhension pluridisciplinaire du problème, permettre à l'étudiant d'orienter son action de promotion de la santé". Non plus en tant que maître d'oeuvre mais parce que détentrice d'un certain savoir à ce niveau également, l'Université a un rôle à remplir, rôle dont elle s'acquitte généralement à la satisfaction de tous y compris de ceux

de ses membres qui acceptent d'y consacrer un peu de leur temps.

Les comportements d'assuétudes sont à l'origine de situations trop pénibles pour qu'on en abandonne la gestion à des amateurs, de bonne volonté peut-être, mais le plus souvent mal formés ou préparés.

Il n'existe, pour une bonne formation, aucune formule miracle. Il conviendrait toutefois que l'on distingue information et formation et que, dans la mesure du possible, on laisse à ceux, dont c'est la mission, la charge de cette dernière.

Les structures adéquates existent. Il serait regrettable de ne pas y avoir recours.

Professeur **Alfred Noirfalise**, Cellule Drogues ULg.

(1) "Drogue: du neurone au code pénal.", Nouvelles de la Science et des Technologies, 1987, 5, 3, 1 - 89

(2) "Aspects sociaux et psychologiques des Pharmacodépendances" Liège, janvier - mars 1989, J.Pharm.Belgique, 1989, 44, 5, 345 - 371

(3) Groupement Romand d'Etudes sur l'alcoolisme et les toxicomanies (G.R.E.A.T), Colloque d'Automne - Tramelan - 24-25 septembre 1992.

Contacts

"Cellule Drogues ULg" (Cellule interdisciplinaire de réflexion pour le développement de programme de formation et de recherche dans le domaine des usages et abus de drogues licites et illicites de l'Université de Liège).

C/O Professeur A. NOIRFALISE, Toxicologie et Bromatologie, Sart Tilman B 23 B - 4000 LIEGE Téléphone 041/56.25.87 - Télécopieur 041/56.29.23

Mademoiselle A. MATHIEU, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education Sart Tilman B 32 B - 4000 LIEGE Téléphone 041/56.20.23

Professeur L. REMY - BATTIAU ULg/Recherche et développement Place du XX Août 7 B - 4000 LIEGE Téléphone 041/66.52.36

Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège C/O Professeur G. REGINSTER - HANEUSE Directeur Sart Tilman B 23 B - 4000 LIEGE Téléphone 041/56.25.03

Licence en Sciences Sanitaires C/O Professeur F. BONNET Président du Conseil des Etudes Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman B 35 B - 4000 LIEGE Téléphone 041/66.70.05

de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, était publié un numéro des "Nouvelles de la Science et des technologies" portant le titre significatif de "Drogue, du neurone au code pénal" (1). Dans ce numéro, s'exprimaient des universitaires liégeois ou autres mais aussi des "gens du terrain" qui, pour la plupart, faisaient partie de la "Cellule interdisciplinaire de réflexion pour le développement de programme de formation et de recherche dans le domaine des usages et abus de drogues licites et illicites de l'Université de Liège" qui bientôt deviendrait la "Cellule Drogues ULg".

Dans l'introduction de cette publication, Marc Richelle écrivait: "Le problème de la drogue exige cette diversité d'approche. Il exige aussi du moins si on veut en traiter dans sa globalité à toutes fins pratiques, la combinaison et la synthèse de ces multiples domaines. Il n'est certes pas facile d'amener à communiquer le pharmacologue de laboratoire et le juriste, le psychiatre et l'économiste, le sociologue et le neurochimiste. Il faut pourtant y parvenir sous peine de laisser se développer des démarches qui, en toute bonne foi peut-être, aboutissent à juxtaposer des interventions parfois contradictoires..."

C'est à cette clairvoyance de son premier Président, que la "Cellule Drogues ULg" doit d'avoir organisé au cours des années 1987-1989, plusieurs cycles de formation pour les enseignants et les médico-sociaux.

C'est également à celle-ci que l'on doit le séminaire, au statut de cours libre, organisé à plusieurs reprises depuis 1988-1989 à la faculté de Médecine de l'Université de Liège sur les "Aspects sociaux et psychologiques des pharmacodépendances" avec la collaboration de médecins, pharmaciens, juristes - criminologues, sociologues, psychologues,.... (2).

C'est enfin dans la ligne de cette même pensée que s'inscrivent les activités présentes de formation dont la "Cellule Drogues ULg" a guidé la réflexion et la gestation pour en confier ensuite l'organisa-

tion et la gestion à l'Ecole de Santé Publique dont le caractère interfacultaire en fait un partenaire privilégié.

L'originalité des formations offertes est qu'elles reposent sur un juste équilibre entre la rigueur scientifique d'un enseignement universitaire et le pragmatisme d'un vécu quotidien sans cesse remis en question.

Ces formations sont de trois ordres

La plus originale et la plus complète des formations est un deuxième cycle universitaire s'inscrivant dans la mouvance de la licence en Sciences sanitaires, orientation Santé publique, qui jusqu'ici comportait quatre sections: assainissement, épidémiologie, éducation sanitaire, nutrition diététique et qui, depuis la présente année académique, en compte une cinquième: Assuétudes. Comme pour les autres sections, la section "Assuétudes" est accessible au porteur d'un diplôme de candidat de l'enseignement universitaire ou d'un diplôme final de l'enseignement supérieur non universitaire de niveau A1, cycle long ou court de plein exercice.

Ce que dès à présent l'on convient d'appeler la "licence en Assuétudes", couvre trois années d'études.

La première année comporte 312 heures de cours et constitue une formation de base en informatique et statistique, épidémiologie, éducation sanitaire, santé publique, sciences humaines, sciences biomédicales, axe légal et éthique.

La deuxième année offre, dans ces mêmes disciplines, une formation spécifique de quelques 348 heures. Il est vivement souhaité que les enseignants ayant en charge ces formations spécifiques s'entourent d'un maximum de praticiens et "d'experts de terrain".

La troisième année, essentiellement réservée à la rédaction d'un mémoire, dont le sujet aura été choisi au cours de l'année de formation spécifique, comporte une trentaine d'heures de cours obligatoires, des cours à option ainsi

qu'une période de stage de 190 heures.

La formation peut être poursuivie par une maîtrise et/ou un doctorat.

Il s'agit donc d'une formation universitaire de haut niveau qui n'a guère d'équivalent en Communauté française voire même au sein de la francophonie. Cette formation est de nature à répondre à un certain nombre de besoins et d'aspirations. Il serait toutefois ridicule d'imaginer qu'elle est la seule valable et qu'en dehors d'elle il n'y a pas de salut.

A côté d'une telle formation, il y a place, dans les différents cycles d'enseignement universitaire ou d'enseignement supérieur non universitaire, pour des modules de formation intégrée ou à option tel qu'ils sont notamment prévus au sein de la faculté de psychologie et de sciences de l'éducation et pourraient l'être en faculté de médecine, en faculté de droit ou en faculté d'économie par exemple.

Un autre type de formation est la formation à la carte. Intégrés dans la vie professionnelle, les médecins généralistes, par exemple, peuvent souhaiter recevoir une formation ciblée sur leur pratique. Il leur appartient de tenter de déterminer entre eux qualitativement et quantitativement la nature de leurs besoins et à l'Université de rencontrer ensuite ces besoins précis.

Une telle démarche est actuellement en cours dans la région liégeoise. D'autres ont vu le jour à Mons et à Bruxelles notamment. Dans la mesure où elles respectent les critères de qualité rappelés précédemment, toutes sont respectables mais redevables à terme d'une évaluation.

Le monde médical ne doit cependant pas être le seul à retenir l'attention des promoteurs de programmes de formation. Non seulement les travailleurs sociaux mais encore tout le monde de l'enseignement mériterait une même attention. Chacun s'accorde à reconnaître aujourd'hui la nécessité d'une prévention précoce des comportements d'assuétude. Qui mieux que les "maîtres du primaire" pourraient s'acquitter de cette tâche? Encore

Vers une harmonisation des données épidémiologiques

En Belgique, la récolte de données épidémiologiques en matière d'assuétudes - au rang desquelles s'inscrivent principalement les cours à la consommation illicite de médicaments psychotropes et de drogues illégales - occupe le devant d'une "scène triadique". En effet, dans notre pays, les "frontières" sont linguistiques et les Communautés - française, flamande et germanophone - exercent leur propre gestion.

Cette situation de "tri-autarcie" nourrit le lit de l'irrationnel méthodologique scientifique à l'égard duquel les chercheurs et épidémiologistes doivent faire face si l'information divulguée à l'échelon communautaire, national et européen se veut pertinente et fiable.

Pour répondre à cette exigence - à savoir, enregistrer et/ou centraliser des données en vue d'en effectuer l'analyse et d'en retirer les enseignements indispensables aux orientations à donner aux stratégies préventives ou thérapeutiques à développer - chaque communauté met en place une structure logistique en étroite collaboration avec les différents "Dispositifs d'enregistrements", les "Unités ou cellules d'Observation" et les institutions spécialisées qui oeuvrent en première ligne.

En Communauté française, cette initiative se concrétise par la mise au point d'une fiche épidémiologique, sur base de critères simples et exhaustifs; les items retenus émanent de différentes propositions de fiches généralement utilisées dans les institutions représentées au sein du groupe de travail du C.C.A.D. présidé par le Professeur J.-P. Roussaux.

Suite à une période de mise au point, la fiche épidémiologique est soumise, dès décembre 91, à une phase expérimentale de pré-test (du 10/12/91 au 08/04/92) au cours de laquelle 27 centres, représentatifs des différents services spécialisés offerts aux toxi-

comanes en Communauté française - résidents hospitaliers, communautés thérapeutiques, semi-résidentiels ambulatoires - et dont l'activité s'oriente dans le secteur toxicomanie, sont sollicités à participer.

Huit des dix centres, dont la participation était confirmée, ont transmis régulièrement les documents ad hoc complétés à l'Unité Permanente d'Observation Sanitaire et Sociale du C.C.A.D., chargée de récolter et de traiter les données épidémiologiques des problèmes alcool-drogue(s).

Loin d'émettre des conclusions propres à la "toxicomanie" et aux "toxicomanes" en Communauté française - en raison notamment de la sur-représentation des centres de la région liégeoise -, les données traitées indiquent que:

- 81 % des sujets interrogés (sur 244 réponses) sont de nationalité belge;
- 59 % des sujets interrogés (sur 235 réponses) sont célibataires, alors que 24 % sont mariés;
- 38 % des sujets interrogés (sur 224 réponses) ont terminé les secondaires inférieures, dont 6 % suivaient l'enseignement général;
- parmi les 26 % des sujets interrogés ayant terminé les secondaires supérieures, 11 % suivaient l'enseignement de type général;
- 31,3 % (sur 243 réponses) ont le chômage comme "ressource principale" tandis que 21,4 % ont un revenu professionnel;
- 64,1 % (sur 231 réponses) ne sont pas en contact avec la justice;
- sur 268 des sujets interrogés: 143 consomment (en "fumette" pour une majorité) de l'héroïne; 8 seulement consomment de la cocaïne; 73 prennent de l'alcool;
- le haschisch est le produit secondaire le plus utilisé;
- 68 % (sur 222 réponses) des sujets interrogés avouent une dé-

pense mensuelle en produit supérieure à 5000 francs;

- sur 223 réponses, 193 sujets ont déjà suivi un traitement (ambulatoire, résidentiel ou mixte);
- 33,6 % (sur 244 réponses) des sujets interrogés ont, à l'issue du premier contact, suivi un séjour résidentiel et 32 % ont eu un entretien dans le centre. Seulement 0,4 % ont été dans un centre de crise.

N.B. Des données plus amples sont détaillées dans le Rapport d'activité de l'Unité Permanente d'Observation Sanitaire et Sociale des Problèmes Alcool-Drogues en Communauté française (du 1er septembre 1991 au 31 avril 1992) disponible au C.C.A.D.

Suite à cette phase expérimentale de pré-test au cours de laquelle les responsables des centres ont eu l'opportunité d'émettre leur avis, la fiche commune fait actuellement l'objet de remaniements avant d'être plus largement diffusée dans les centres de prise en charge et de traitement de la Communauté française. Par le biais de l'Unité Permanente d'Observation Sanitaire et Sociale du C.C.A.D., chaque centre pourrait bénéficier des informations nécessaires pour opérationnaliser les objectifs en matière de prévention et de prise en charge.

Obtenir une vision objective du niveau de l'évolution des consommations de produits psychotropes par les jeunes au niveau communautaire, national et européen, s'inscrit également dans l'exercice du réseau de recueil et d'analyse des données épidémiologiques. L'obtention d'un protocole standard d'indicateurs pertinents implique d'harmoniser les variables des diverses enquêtes de populations sensibles à l'étude des comportements, des représentations et des opinions propres à l'usage de drogue(s). Cela permettra aux professionnels de mieux évaluer la situation et de mieux formuler leurs objectifs de prévention pri-

maire et d'éducation pour la santé.

Prétendre qu'une telle action résout définitivement les problèmes propres à l'harmonisation des données épidémiologiques en matière d'assuétudes, serait un leur-

re. Néanmoins, sur base d'un minimum de convivialité, une communication - appuyée sur une reconnaissance réciproque - s'élabore. Cela nécessite une mise en situation de non comblement, c'est-à-dire, de réfléchir sur ses certitu-

tudes, de se mettre en fragilité, d'être en même temps volontariste et apte aux changements et surtout, avoir la perception du temps!

Catherine Preumont, psychologue, Unité Permanente C.C.A.D.

L'engagement social et politique des médecins

Les 5 et 6 février prochains, l'U.L.B. organisera, sous le patronage de sa Faculté de Médecine, un colloque sur "L'engagement social et politique des médecins aux XIXe et XXe siècles", axé surtout sur une comparaison entre la situation en Belgique et au Canada (1).

Le thème déborde cependant largement ces deux pays car, à côté de médecins-notables engagés dans la politique "classique" et dans tous les partis, ces deux siècles ont vu se systématiser l'engagement militant d'une minorité de médecins en faveur de causes généreuses auprès des plus déshérités, sur des terrains parfois dangereux, impopulaires, oubliés de tous ou désespérés.

Y a-t-il un fil conducteur qui relie César De Paepe à Salvador Allende, leader du front populaire chilien mort en 1973, médecin lui aussi?

Souvent, c'est la pratique médicale qui a poussé ces hommes à s'interroger sur les origines sociales et politiques des plaies qu'ils tentaient de panser.

Médecine et révolution

Peu de gens savent, par exemple, que Ernesto Guevara, la figure légendaire révolutionnaire latino-américaine, a commencé par être un jeune médecin argentin, un asthmatique d'extraction bourgeoise. La misère et l'injustice qu'il découvre, alors qu'il veut simplement à l'époque "se mettre au service des pauvres" et soigner les lépreux du Venezuela, vont le révolter et radicaliser ses options politiques. Solidaire de ceux qu'il

côtoie (paysans sans terre, Indiens, victimes des grandes sociétés telles que United Fruit Company) il embrasse leur cause.

La révolution qu'il va mener les armes à la main est pour lui une étape obligée vers sa conception humanitaire de la médecine. Il dira plus tard: "C'est au Guatemala que la profession de médecin révolutionnaire m'a sauté aux yeux. Mais j'allais comprendre que, si l'on veut devenir médecin révolutionnaire, il faut d'abord qu'il y ait une révolution".

Seul non-cubain à être accepté dans le débarquement de 1958 contre le régime de Batista, il le sera non comme combattant, mais comme médecin.

Plus tard, entre la trousse médicale et la guérilla, le "Che" (2) choisira la seconde ...

Médecins socialistes et communistes

Si les destins aussi tranchés que celui d'Ernesto Guevara sont rares, nombreux sont par contre les médecins qui ont partagé sa soif de justice sociale, son internationalisme et son abnégation. Dans le mouvement socialiste du XIXe siècle on retrouve de nombreux médecins. César De Paepe est le plus célèbre chez nous mais en fait, derrière presque toutes les avancées de la législation sociale se cachent des rapports médicaux préalables, des enquêtes telle que celle du Docteur Villerme pour la France qui ont dénoncé les conditions scandaleuses de travail, de

logement et d'hygiène dans lesquelles vivaient les ouvriers du XIXe siècle. En Belgique, le film social de Henri Storck et Jomis Ivens, "Borinage", qui révèle l'horrible misère de cette région charbonnière en 1933, avait eu pour mentor le Docteur Fonteyne, médecin communiste, totalement solidaire des exploités qu'il tentait de soigner et dont les maux lui apparaissaient comme une évidente conséquence du capitalisme.

Lorsqu'éclate la guerre d'Espagne, les antifascistes républicains pourront compter sur des volontaires, venus du monde entier pour organiser et assumer leurs services de santé par solidarité avec leur cause.

Norman Bethune est l'un d'eux. Médecin des victimes de la crise économique à Montréal, chirurgien thoracique et précurseur de la santé sociale dans son pays, son engagement le mènera en Espagne pendant la guerre civile puis en Chine en 1938 où il organisera les services sanitaires de la 8e armée de Mao-Tsé-Toung.

Bruxellois d'origine, le Docteur Albert Marteaux, né d'une famille ouvrière socialiste, "militera" en faveur de l'Espagne républicaine en pratiquant la médecine à l'hôpital organisé à Onteniente par l'Internationale socialiste. Député socialiste puis communiste, résistant, il sera deux fois ministre de la Santé et tentera de mettre sur pied une politique de santé publique.

Il observera de près, dans notre pays, la mise en place d'un réseau d'hôpitaux socialistes dont les médecins salariés, dans les

tiques contemporaines, avec le souci de rester au plus près des préoccupations des médecins généralistes sur le terrain, tout en s'inscrivant dans la continuité des autres actions de formation existantes.

Les demandes d'informations peuvent être adressées au Prof. JP Rousseaux, Centre Chapelle-aux-Champs, Clos Chapelle-aux-Champs, 30 bte 3049, 1200 Bruxelles, tél. 764 31 20.

Mons

Formation à la prise en charge des toxicomanes de l'Association des Médecins Généralistes de Mons (AMGM)

Une formation à la prise en charge des toxicomanes a été mise sur pied sous la coordination des Drs F. Kicq, Président de l'Association des Médecins Généralistes de Mons, et L. Leclercq, responsable de la commission drogues.

La formation est organisée sous forme de huit conférences-débat

réunissant un ou plusieurs experts autour d'un thème précis, et se fait en collaboration avec la Société Scientifique de Médecine Générale (Dr A. Dufour).

Les médecins généralistes qui s'engagent à suivre la formation dans sa totalité auront ensuite la possibilité de prendre en charge des usagers de drogues avec ou sans prescription de méthadone, et ce en collaboration avec un assistant social et un médecin psychiatre.

Le programme a débuté le 17 septembre et se terminera le 17 décembre; les demandes d'informations peuvent être adressées au Dr F. Kicq, rue Fariaux, 39, à 7000 Mons, téléphone (065) 31.65.95.

Liège

Programme d'information et de formation sur les drogues

A Liège, un projet a été mis en route à l'initiative du Centre de

Médecine Universitaire de l'Université de Liège, du Centre ALFA, et du CEFOP.

Quatre groupes de médecins généralistes travaillent pour l'instant sur des thèmes différents:

- problèmes légaux;
- problèmes psychologiques et sociaux;
- problèmes toxicologiques et cliniques;
- problèmes posés par le sevrage et le traitement.

Ce travail d'information sera exposé au cours d'une journée de formation qui aura lieu en mars 1993 au palais des Congrès à Liège, à laquelle participeront les maîtres de stages en Médecine générale et les stagiaires de quatrième doctorat, et à laquelle seront invités tous les médecins généralistes de la région.

Le programme est soutenu par la Commission Médicale Provinciale, et le coordinateur est le Dr Dirick, Rue de Vennes, 165, à 4020 Liège, téléphone (041) 43.00.19.

Alexis Goosdeel, C.C.A.D. Division HIV

L'Université de Liège innove en matière de formations

Le Professeur Georges Peters (3) de l'Université de Lausanne, a récemment remarqué dans le domaine des assuétudes que l'on devait prévenir, ce n'est pas le "recours aux drogues" et que dès lors seule la disparition des produits ou celle des usagers potentiels pourrait apporter une réponse satisfaisante. Devant le caractère utopique de ces deux solutions, le même professeur G. Peters recommandait de s'attacher plutôt à l'élimination ou à l'affaiblissement des facteurs de risque.

C'est pour ne pas avoir compris toute la portée d'une telle réflexion que bon nombre de démarches, souvent très généreuses, ont échoué. Personne ne peut prétendre aborder seul une problématique d'un niveau de complexité comparable à celui des assuétudes. A l'échec des approches uniquement criminalistiques succédera

celui des approches dites de substitution ou de toute autre démarche thérapeutique exigeant précisément la complexité des situations, voire le caractère presque unique de chacune d'elles.

On voit actuellement se multiplier les offres de service et les projets de formation les plus divers. Bien peu reposent toutefois sur une réflexion pluridisciplinaire suffisamment large.

En Communauté française de Belgique, deux initiatives méritent, à ce propos, d'être signalées: l'une au niveau de la province de Liège, l'autre au niveau de l'Université de Liège.

A l'initiative de Monsieur Philippe Wathélet, député permanent, le gouvernement provincial a suscité et soutenu la création, en province de Liège, d'une Commission Assuétude au sein de laquelle toutes les forces vives ont pu se rencontrer

et apprendre à se connaître.

La réalisation de missions d'information et de prévention comme la publication d'un répertoire des lieux d'accueil et celle d'une brochure à l'intention des parents, ou encore l'harmonisation des rapports entre les représentants de l'ordre et les intervenants de terrain sans oublier un important programme de prévention en milieu scolaire chez les moins de douze ans se sont avérés possibles.

Le monde universitaire a joué un rôle positif au sein de cette Commission Assuétude provinciale, lui qui, depuis quelques temps déjà, avait entrepris une tentative de rapprochement entre les différentes disciplines qui peuvent prétendre à une quelconque compétence dans le domaine des assuétudes.

En avril 1987, à l'initiative du Professeur Marc Richelle, alors doyen

Formation continuée pour médecin généraliste

Les principaux programmes de formation sur les drogues destinés à des médecins généralistes en Communauté française se répartissent de la façon suivante:

Bruxelles

Programme de la Maison Médicale "La Perche"

Ce programme de formation, qui existe depuis 3 ans dans le cadre du Réseau d'Aide aux Toxicomanes, est le plus ancien, et s'adresse aux médecins généralistes ayant des toxicomanes dans leur clientèle, ou disposés à en accepter quelques-uns.

Il est organisé en quatre modules de formation de trois heures, qui se déroulent le samedi matin. Cette année, la formation débutera le samedi 5 décembre, et se poursuivra les 19/12, 9/1, et 23/1 de 10 à 13 heures.

Chaque séance aborde des thèmes différents:

- première séance: "Drogues, drogués et travail en réseau";
- deuxième séance: "Dans ce monde, comment réagit-on? Qu'est-ce qu'une demande d'aide? Comment la recevoir? Réflexion sur les situations d'un traitement "méthadone";
- troisième séance: "Qu'avez-vous fait de tout ce temps? Réflexion sur le déroulement d'une année";
- quatrième séance: "Quelle est l'éthique qui sous-tend ce mode de travail?"

Les participants à la formation ont ensuite l'occasion de partager régulièrement les difficultés rencontrées dans leur pratique dans le cadre des réunions du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT), qui leur offre un cadre pluridisciplinaire expérimenté et conforme aux recommandations de l'Ordre des Médecins.

L'équipe du RAT travaille en collaboration étroite avec les équipes de l'Institut Neurologique Belge (INB-UCL) et de l'Hôpital St Pierre

(ULB), qui sont leurs répondants psychiatriques pour les prises en charge thérapeutiques.

Les demandes de renseignements peuvent être adressées à Mr M. Gonçalves, ou à Mme A. Devresse, à la Maison Médicale "La Perche", chée de Forest 183 à 1060 Bruxelles, téléphone (02) 539 15 20.

Programme de sensibilisation des médecins généralistes à l'accueil, l'intervention et la prise en charge des toxicomanes, du CUMG de l'ULB

Ce projet a été mis en oeuvre à l'initiative de l'Hôpital St Pierre et du Centre Universitaire de Médecine Générale (CUMG) de l'ULB, avec la collaboration du C.C.A.D., de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et de nombreux centres spécialisés.

L'objectif de cette sensibilisation est d'attirer de manière très significative le nombre de médecins généralistes pouvant accueillir des usagers de drogues.

La réalisation de cet objectif se fait à partir des réalités cliniques rencontrées dans la pratique des médecins généralistes eux-mêmes, et c'est sur cette base que seront discutés, sous forme d'interview, des aspects psychologiques, psychiatriques, médicaux, sociaux et légaux des toxicomanies.

Un souci particulier est apporté à la création, au sein du groupe de sensibilisation, d'une dynamique propre à déboucher, à l'issue du cycle, sur la poursuite autonome (ou éventuellement supervisée) des réunions.

Le contact avec des usagers de drogues, et la découverte de modalités particulières de prise en charge, seront approchées sous la forme de "stages" dans des institutions spécialisées. De cette manière, les généralistes auront l'occasion de rencontrer, et donc de mieux connaître le réseau de soins auquel ils

pourront avoir recours en meilleure connaissance de cause.

Le travail se fait par groupes de 10 généralistes, et le programme des thèmes qui seront abordés est réalisé en commun au cours d'une séance préliminaire avec les participants.

Le programme prévoit 10 séances de 3 à 4 heures avec une fréquence bimensuelle, ces séances étant animées par un généraliste et un psychiatre tout au long de la session, avec des orateurs invités en fonction des thèmes choisis.

Il est prévu également l'organisation de 2 à 3 stages de deux heures dans des centres spécialisés (par groupe de 2).

Les renseignements peuvent être obtenus auprès du Dr Cnockaert, au CUMG de l'ULB, route de Lennik 808 bte 612, à 1070 Bruxelles, téléphone (02) 555.31.11, ou chez le Dr S. Zombek, Hôpital St Pierre- PL3, rue haute 322, à 1000 Bruxelles, téléphone (02) 535.44.56 ou au 534.44.40.

Programme "Toxicomanies et Médecine Générale"

Un programme de formation est à l'étude à l'UCL depuis début 1992, et fait l'objet d'une collaboration entre le Centre Universitaire de Médecine Générale (Prof. Van den Haute), le "Groupe Assuétudes" du Centre Chapelle-aux-Champs (Prof. JP Roussaux et Dr M. Derely), et l'unité de Psychologie Médicale (Prof. Ph. van Meerbeek).

Il comprend un cours et des séances de séminaires, qui sont dispensés aux étudiants de quatrième doctorat dans le cadre de la formation spécifique en Médecine Générale.

Il comprendra ultérieurement une offre systématique de rencontres des médecins généralistes au travers de leurs associations locales.

Le but de ce programme est de promouvoir un mode d'approche global du problème, en incluant les principales modalités thérapeu-

années cinquante, étaient des militants, acceptant de gagner moins qu'un enseignant.

Mai 68 et la contestation médicale en Belgique

L'ordre (ou désordre) médical établi va bien sûr faire l'objet de nombreuses contestations en 1968.

Face au corporatisme médical qui avait débouché sur la "grève des médecins" de 1964, une réaction hospitalo-universitaire crée un "Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine" ou G.E.R.M., encore actif aujourd'hui. Il conteste le corporatisme médical, sa hiérarchisation, son individualisme, son manque d'intérêt pour le social et le psychologique.

Les médecins de cette tendance s'impliqueront particulièrement dans la lutte pour la libéralisation de l'avortement, et l'arrestation du Docteur Willy Peers, gynécologue militant et parfaitement désintéressé, sera l'un des points forts de ce combat qui ne sera gagné qu'en 1990.

La médecine de groupe et les maisons médicales ont alors la cote, mais beaucoup de ces créations résisteront étonnamment à l'épreuve du temps. Les médecins "gauchistes" estiment que leur pratique médicale quotidienne doit conscientiser leurs patients à propos de leur aliénation et des racines socio-économiques de leurs souffrances.

L'émiettement de l'engagement: les "petites causes"

Ces remises en cause aussi globales et radicales sont rares aujourd'hui (4) mais cela ne signifie nullement que les médecins d'aujourd'hui ne s'engagent plus pour des causes humanitaires et certainement "politiques" au sens large du terme.

Le colloque de l'U.L.B. fera un large écho à ces engagements d'aujourd'hui souvent très ciblés: pour le soutien des malades du sida, contre la psycho-chirurgie, pour une mort digne, contre la guerre nucléaire, pour le soutien des toxicomanes...

Médecins sans frontières ou cellules médicales d'Amnesty, tous démontrent une encourageante propension du corps médical actuel à s'engager dans des initiatives généreuses et désintéressées.

Mais peut-être cet émiettement des causes, aussi justes qu'elles soient, éloigne-t-il d'une perception globale des problèmes et des projets, pourtant bien nécessaires à notre

société frappée d'individualisme forcené?

Atomisée ou globale, la médecine comme combat contre l'injustice, n'a en tout cas pas fini de mobiliser.

Anne Morelli, Professeur à l'U.L.B., Coordinatrice du Colloque

(1) renseignements 02/650.38.48 ou 02/650 40 51.

(2) c'est le surnom que les Cubains donnaient aux Argentins.

(3) G.E.R.M., 255, Chaussée de Waterloo, 1060 Bruxelles.

(4) elles ont survécu dans les structures de "Médecine pour le peuple" proche du P.T.B

L'engagement social et politique des médecins XIXe/XXe siècle - Belgique/Canada

5 février 1993

9h30 à 12 heures: présidente de séance: **Ginette KURGAN** (Directeur du Centre d'Etudes canadiennes de l'U.L.B.)

Anne MORELLI (U.L.B.): Les médecins parlementaires du XIXe siècle à nos jours.

Denis GOULET (Université de Montréal): L'hygiénisme au Québec 1880-1930.

Alain ANCIAUX (U.L.B.): René Sand, de la médecine sociale à la culture des valeurs humaines 1877-1953.

Andrée LEVESQUE (Université Mc Gill): Norman Bethune à Montréal. Son engagement politique de 1928 à 1939.

14h30 à 17 heures:

José GOTOVITCH (U.L.B.): des engagements politiques de médecins belges de la guerre d'Espagne à la libération.

Anne HERSCOVICI (U.L.B.): Les médecins engagés en Belgique pour la libéralisation de l'avortement.

Benoît GAUMER (Université de Montréal): Le réseau de santé publique au Québec, une occasion d'engagement social et politique pour des médecins québécois.

Témoignages: les engagements sociaux et politiques des médecins d'aujourd'hui (avec des représentants de Médecins sans frontières, de la cellule médicale d'Amnesty International, de Médecine pour le Tiers-Monde...).

6 février 1993

10 à 12 heures: président de séance: **Jean-Louis VAN HERWEGHEM** (Doyen de la Faculté de médecine de l'U.L.B.)

Michel MORISSETTE (Université Laval-Québec): L'engagement des médecins québécois face au sida: une problématique, une cause à défendre?

Madeleine MOULIN (U.L.B.): de la hard prévention à la soft éducation sanitaire.

David COHEN (Université du Québec): l'engagement contre la psychochirurgie en Amérique du Nord.

Dr Claude THILLY (U.L.B.): l'évolution des engagements tiers-mondistes des médecins belges.

14h30 à 17 heures:

Pascal DELWIT et Jean-Michel DE WAELE (U.L.B.): médecine sociale et maisons médicales en Belgique après 1968.

Forum: l'ordre des médecins fait-il de la politique? avec le Professeur **R.J. KAHN**, vice-président de l'Ordre, **Patrick JADOUL**, **Colette MOULAERT**, **Thierry POUCKET**.

Formation d'adultes : les modules d'Infor-Drogues

Carte d'identité

Ces modules sont ouverts à tout adulte membre de l'équipe pédagogique d'un établissement scolaire: directeurs, enseignants, surveillants-éducateurs, secrétaires, psychologues, assistants sociaux et personnel infirmier des structures PMS.

Ils concernent le niveau secondaire d'enseignement (général, technique et professionnel).

Chaque module comporte 4 séances de travail de 2h30 chacune, séparées les unes des autres par une période d'environ 15 jours.

Les groupes sont constitués de 15 personnes maximum provenant d'institutions scolaires différentes (avec un maximum de 3 à 4 personnes provenant de la même institution), tous réseaux confondus.

Chaque participant potentiel est convié à un entretien préliminaire environ 3 semaines avant le début de la formation.

Un document d'informations générales sur la toxicomanie est remis aux participants et un rapport de la séance précédente est distribué au début de chaque nouvelle séance.

La première demande

De manière générale, le contenu des demandes des participants se répartit sur un axe double:

- demandes d'informations classiques: détection des signes physiques, types de produits et leurs effets,...
- demandes de conseils: "que faire si..., que dire, comment le dire,..."

Cheminement des demandes

Le travail consiste à amener des informations théoriques (connaissances livresques et connaissances théorisées de l'expérience) qui seront, autant que possible, proches des situations concrètes amenées par les participants

Deux voies se dessinent ainsi: la théorie - **savoir-théorique** - et l'expérience - **savoir-faire** - qui est aussi bien sûr le "ne pas savoir-faire". Deux voies auxquelles vient se greffer une troisième, qui traversera les deux premières, et les nouera - le **savoir-être** - (ce qu'il en est de notre subjectivité, de notre réflexion personnelle, de notre construction intime, individuelle).

Trois manières de ventiler le savoir: savoir-théorique, savoir-faire et savoir-être. Trois axes autour desquels tourne tout le processus de la formation. Ces trois axes et leurs significations servent à découper ce qui sera dit et à organiser le matériel. C'est autour de ces axes ainsi "habillés" qu'il s'agira dès lors de "tricoter".

Hypothèses

1. Nous sommes tous détenteurs des trois axes du savoir, à des degrés différents; certains savent mais ce savoir ne les aide pas dans l'action, d'autres ont de l'intuition, agissent de manière adéquate, mais au coup par coup, ne parvenant pas à réellement savoir ce qui est en jeu dans leur attitude,.... Bien d'autres combinaisons sont encore possibles.

Toute question sur le "faire" est sous-tendue par des questions sur:

- la théorie: le savoir théorique constitue le bagage indispensable dans lequel nous puisons les éléments nécessaires à notre réflexion, nos jugements, nos choix et donc à ce qui nous guide dans l'action.
- l'être: la question sur le faire est intimement liée à la manière dont quelqu'un se positionne subjectivement dans la situation. C'est-à-dire à la manière dont quelqu'un comprend le savoir théorique, vit une expérience, intègre d'autres savoirs, notamment familiaux. La subjectivité, c'est aussi et surtout ce qu'il en est de l'indicible a priori, tout ce qui n'est pas d'emblée constitué comme un savoir: les impres-

sions, les sentiments, les gênes et les malaises,...

Telle la prise de conscience d'un sentiment de dégoût et de révolte que dit avoir éprouvé un participant quand il a appris qu'une élève avait été sollicitée à la sortie de l'école par un jeune vendeur de haschisch. Ce sentiment fut pour lui si prégnant, "aveuglant" dira-t-il, qu'il agira en dépit du bon sens: il ne préviendra ni la direction, ni les parents. Il ne posera aucune question à la jeune fille sur ce qui s'est passé pour elle dans cette affaire. Et enfin, la situation lui apparaîtra comme bien plus grave qu'elle ne l'est en fait: "la jeune fille, dit-il, "claquera" d'une façon ou d'une autre: déscolarisation, fugue, échec scolaire, overdose!"

Les situations concrètes constituent, au fil des séances, une matrice. Matrice qui se verra traversée par:

- premièrement: les 3 axes du savoir;
- deuxièmement: 3 thèmes moteurs qu'on dégage au début du travail: la drogue et l'adolescence, la relation adulte-jeune, le rôle, la fonction dans l'institution;
- troisièmement: une série de questions qui émergent comme fil rouge dans la réflexion du groupe.

Voici quelques-unes de ces questions:

- Quels sont les droits et les devoirs des écoles et des travailleurs (des travailleurs entre eux, dans leur rapport avec la direction, par rapport aux parents, par rapport aux services médicaux,...).
- Quels sont le cadre et les garanties minimum nécessaires pour qu'une parole puisse se dire et pour qu'elle puisse être entendue?
- Quelles sont les conditions qu'un adulte devrait remplir pour occuper une place de référent par rapport au jeune.
- Comment l'enseignant s'y repère-t-il pour savoir ce qu'il a à faire (dans le cadre de sa relation avec l'élève)?

- Les étudiants-instituteurs de 3ème année: nous leur proposons, durant leur dernière année de formation à l'école normale, un stage de deux jours de sensibilisation à la prévention des toxicomanies. Sont abordées avec eux les questions sur les drogues, les enjeux de l'éducation et des pistes de prévention.

En conclusion, conscients que ce travail de prévention est un travail à long terme qui doit être assumé et partagé par chaque éducateur en place (parent, enseignant, agent PMS), nous sommes convaincus qu'un travail de fond peut être réalisé de manière riche et féconde à l'école primaire. Car il est évident que c'est bien avant l'adolescence

que peuvent s'instaurer les bases de l'apprentissage de la liberté, de l'esprit critique, de l'expression des sentiments, de la démocratie, etc.

La prévention des toxicomanies et l'éducation pour la santé se rejoignent intimement car, dans l'une et l'autre, il s'agit d'inculquer à l'enfant des comportements favorables à son équilibre tout entier et de prolonger cette action durant toute sa scolarité, en collaboration avec tous les partenaires concernés.

Annick Sondag, Prospective Jeunesse
Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, Tél. 02/512.17.66.

Point Contact

Une méthode d'aide au sevrage tabagique

Arrêter de fumer? Pas si évident que ça! La preuve: 50 à 75 % des fumeurs rechutent après leur première tentative d'arrêt.

En cause? La complexité du comportement du fumeur. Contrairement à ce que l'on pense, il ne se réduit pas à une simple habitude. Il existe, en effet, le plus souvent, une double dépendance: physique (à la nicotine) et psychologique (la cigarette étant associée à un plaisir, une détente, une stimulation...).

Par conséquent, cesser de fumer n'est pas une simple abstinence, mais entraîne une véritable modification de comportement.

L'arrêt du tabagisme n'est donc pas une mince affaire. Si certains fumeurs parviennent à se débarrasser seuls de cette habitude, d'autres ont par contre besoin de méthodes plus ou moins fiables.

Actuellement, certains confient le médecin traitant comme étant la personne ressource idéale dans l'aide au sevrage: connaissance du fumeur et des risques qu'il encourt, relation de confiance, suivi régulier...

Toutefois, le risque est grand que le praticien ne s'intéresse qu'à la

dépendance physique et se cantonne uniquement dans le rôle qu'il connaît le mieux: celui de prescripteur. Il est vrai que sa formation actuelle le laisse assez démuné pour prendre en charge l'aspect psychologique de l'arrêt.

Une étude réalisée en 1990 sur la prévention en médecine générale (L. Berghmans et coll.) mettait d'ailleurs en évidence le manque d'investissement des médecins de famille dans une "méthodologie globale d'aide au sevrage", puisque seulement 5 % des médecins interrogés y avaient recours. Différents motifs étaient alors invoqués: manque de temps, absence de formation voire absence d'une telle méthodologie...

Consciente de l'importance de l'approche globale (psychologique et pharmacologique) du sevrage tabagique et du rôle primordial joué par le médecin, la F.A.R.E.S. (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) s'est interrogée sur le type de stratégie qui pourrait intégrer ces deux éléments. Elle a associé à sa réflexion un groupe de médecins ainsi que Question Santé et "Le Généraliste".

Trois documents sont le fruit de cette collaboration:

1. Une brochure destinée au médecin: "Comment aider votre

patient à arrêter de fumer" qui précisons-le d'emblée n'a pas la prétention d'offrir l'unique méthode à suivre en matière d'aide au sevrage tabagique. Elle doit être considérée comme un outil de travail pratique réunissant des conseils et des informations utiles: en quelque sorte un fil conducteur. Cette brochure est proposée comme guide de communication. Elle cherche à offrir des pistes concrètes au médecin afin qu'il puisse dialoguer efficacement avec son patient dans le but de l'aider à modifier ses habitudes tabagiques. Bien sûr, cela se fera par étapes puisqu'arrêter de fumer, comme tout changement de comportement, est un processus évolutif.

2. Une brochure de conseils pratiques que le médecin donnera au fumeur motivé qui a pris fermement la décision d'arrêter. Cette brochure est comprise dans un kit renfermant plusieurs gadgets.

3. Un dépliant d'information "Redécouvrir des plaisirs oubliés" destiné à la sensibilisation du grand public aux avantages... et désavantages du sevrage tabagique.

Au fil du temps, ce projet a pris une certaine ampleur, d'autres partenaires s'y sont joints et la campagne Point Contact est née.

Comme la plupart des associations, nos moyens financiers et en personnel sont insuffisants et par conséquent, nous avons fait appel à un sponsor pour mettre sur pied un tel programme. Malheureusement, dans le secteur, ce type de démarche semble devenir un véritable réflexe conditionné suite à la défection des pouvoirs publics. Il s'agit cependant là d'un jeu dangereux où la manipulation est toujours possible même si chaque clause du contrat a été bien réfléchie. Le choix du sponsor doit également être judicieux si l'on ne veut pas jeter le discrédit sur l'ensemble des activités réalisées.

Maryse Wanlin, Directeur Médical de la F.A.R.E.S.

Interventions dans les écoles primaires

"Faut-il parler des drogues aux enfants? Sont-ils concernés? N'est-ce pas trop tôt, à 6, 9, 10 ans? Ne faut-il pas les préserver, ou encore "Comment leur en parler? Où se renseigner?" Telles sont les questions des éducateurs à qui Prospective Jeunesse a décidé de s'adresser dans son travail de prévention des toxicomanies à l'école primaire.

Questions légitimes des parents et des enseignants qui sont assaillis tous les jours par des informations multiples et souvent contradictoires.

Overdoses, argent blanchi, arrestations, traitement mis en échec, rumeurs diverses,...: que faire de ces données tronquées et sensationnelles, sur le terrain, avec les enfants? Cette actualité-là alimente les sentiments d'inquiétude, de désarroi, de doute et d'impuissance face à ce phénomène. Les parents et les enseignants ont besoin d'autres pistes de réflexion et d'éclairages. Ils ont besoin d'être confortés et encouragés dans leur mission d'éducateur par un langage et des points de repère adaptés à leur quotidien et à celui de leurs enfants ou de leurs élèves.

En principe, ceux-ci sont à l'abri des drogues au sens où ce mot est généralement compris: haschisch, cocaïne, héroïne, etc. En fait de consommation, ils s'intéressent davantage aux chips, bonbons et télévision. Dans ce sens-là, le danger immédiat est rare. Par contre, ils en entendent parler et perçoivent très bien cachés derrière les mots "drogues - drogués", le tabou et la confusion des adultes. Par ailleurs, le tabac, l'alcool et les médicaments leur sont très familiers.

La prévention ne va pas à contre-courant de la vie. Il ne sert à rien de "faire comme si" les sollicitations environnantes n'existaient pas. Il s'agit donc d'écouter, de répondre aux questions (ou aux comportements), de rectifier, d'expliquer, mais en ne basant pas la démarche sur la peur qui, comme tout le monde le sait, est mauvaise conseillère.

La prévention à l'école primaire est intéressante car elle se déroule - en principe - dans un climat plus serein et dénué de ce sentiment d'urgence qui brouille les cartes et les conduit aux décisions inadéquates.

Mais, surtout à cet âge, elle trouve pleinement sa place dans le contexte global d'éducation à la santé.

Santé du corps: alimentation, sommeil, respect de soi, maladies, les "petites sonnettes d'alarme"...

Santé de l'esprit: esprit critique, expression, liberté, rêve,...

Les enfants sont sensibles aux modes, l'envie d'être comme les autres et la peur de l'exclusion sont des sentiments puissants chez eux. A cet âge, il est important d'orienter la prévention non pas vers le futur, pour un risque craint pour demain, mais de prévenir des situations plus banales que dramatiques, comme l'ennui, l'isolement, l'injustice, la dépendance aux autres, aux objets,... Et c'est ainsi que, bien souvent, la prévention des toxicomanies à l'école primaire consistera à parler de tout sauf de drogues. Non que le sujet soit prématuré ou tabou à cet âge, mais parce que l'axe essentiel de la démarche est ailleurs.

Alors, plutôt que de consacrer une séance solennelle à "la drogue", on s'emparera des mille petits faits marquants ou anodins sur le risque, le plaisir, la dépendance,

etc. pour alimenter une discussion en groupe, permettant à chacun d'exprimer ses émotions et de nourrir sa réflexion.

C'est à une telle démarche que nous convions les éducateurs que nous rencontrons dans la Communauté française de Belgique:

- Les parents: ils sont invités en soirée par la direction ou l'association des parents dans un souci de promouvoir une réflexion éducative à long terme, ou pour réagir contre une rumeur, ou dans un désir simple et légitime d'information. Remarquons qu'il est toujours intéressant qu'une même action soit menée en parallèle auprès des parents et des enseignants (et des centres PMS). Les enfants seront les premiers bénéficiaires d'une bonne communication entre la famille et l'école.

- Les enseignants: ils se retrouvent réunis en journées pédagogiques autour de ce thème, ou, plus modestement, pour une conférence-débat. Une nouvelle brochure spécialement conçue pour eux (et gratuite) leur est proposée depuis novembre 1992. Son titre: "A l'école du risque. Un parcours de prévention des toxicomanies à l'école primaire". Ils y trouveront une réflexion de fond sur la question, un parcours balisé de mise en garde et d'éclairage, ainsi que des suggestions concrètes pour la classe.

Prospective Jeunesse

Services:

- Animations de conférences-débats, de journées pédagogiques pour l'enseignement primaire et secondaire.
- Documentation, bibliothèque, vidéothèque, ouvert de 8h.30 à 16h.30.

Publications:

- "A l'école du risque. Un parcours de prévention des toxicomanies à l'école primaire", Ed. Prospective Jeunesse 1992; disponible à Prospective Jeunesse ou à la Fondation G, 3 Montagne du Parc, 1000 Bruxelles. Tél. 02/516.21.39.
- "Parents, adolescents. Une relation à inventer", Ed. Prospective Jeunesse, 1988.
- "Enseignants, élèves. Au carrefour des cultures", Ed. Prospective Jeunesse, 1989.

Evaluation

Ces formations sont supervisées par G. De Villers, psychologue et enseignant à la Faculté Ouverte pour Adultes de l'UCL (F.O.P.A.). A. d'Alcantara, responsable du Centre de Guidance Clos Chapelle-Aux-Champs, a prêté son ingéniosité et sa compétence dans l'élaboration des deux premiers modules pilotes.

Actuellement, les résultats sont évalués à la fin de chaque cycle sur base du protocole d'évaluation construit avec G. De Villers. En général, la plupart des partici-

pants notent une meilleure perception des images véhiculées sur "la drogue", une modification des idées toutes faites et une chute du caractère tabou du thème drogue.

Il est également remarqué une possibilité d'identification et de modification de la position dans l'action, qui va dans le sens d'un souhait à prendre en compte le problème de la drogue, tenter de "faire avec", accompagnée d'une modification des sentiments entourant les événements: la question drogue est dédramatisée et donc accessible de manière plus assurée.

Depuis septembre 1991, trois modules de formation sont réalisés au cours de chaque année scolaire. Malheureusement, nos moyens financiers ne nous permettent pas d'organiser davantage de modules, ce qui nous oblige à refuser de nombreux candidats.

D'autres modules de formation pour travailleurs sociaux, animateurs de maisons de jeunes, éducateurs, etc. sont également en cours de réalisation.

Patricia Seunier, Secteur Prévention, Infor-Drogues

Citadelle, un réseau d'aide en toxicomanie (Tournai)

Depuis trois ans, un réseau d'aide en toxicomanie "Citadelle" s'est mis en place à Tournai. Il rassemble les institutions locales et provinciales s'occupant de toxicomanie: le Service de Santé Mentale de Tournais, le Centre Provincial de Guidance Psychologique et les deux Maisons Médicales.

Chaque centre avait jusque là des pratiques différentes en matière de toxicomanie. Le Centre Provincial de Guidance Psychologique était le seul où se pratiquaient, depuis plusieurs années, des prises en charge à la méthadone: avec des difficultés, notamment en matière de débordement par les demandes, et d'ennuis avec la Justice, même si ceux-ci s'étaient solrés par un non-lieu.

Le Service de Santé Mentale avait une longue pratique de prévention auprès des personnes relais du milieu scolaire, social, judiciaire, couvrant également les questions d'alcoolisme.

Les Maisons Médicales, elles, étaient repérées par les jeunes en difficulté et les populations marginales comme des lieux où pouvaient s'adresser toutes les demandes; lorsqu'il s'agissait de demande de produits opiacés, lesquels étaient refusés, la relation se terminait souvent en impasse et toutes les autres propositions

d'aide sociale ou psychothérapeutique avaient de grosses difficultés à se maintenir.

Les centres se sont donc regroupés en un seul. Ils ont décidé de coordonner leurs actions. Même si d'emblée la prescription de méthadone n'était qu'un aspect limité du travail, elle nous a permis d'élaborer, autour d'un projet de contrat méthadone qui ferait consensus, une réflexion clinique commune et une meilleure connaissance de nos ressources de terrain (travailleurs sociaux, médecins, psychologues, neuro-psychiatres).

D'autre part, les premières prises en charge dans les différents centres ont permis de nous faire reconnaître comme lieu où peuvent s'adresser toutes les demandes... Depuis, le travail débordait largement les cures de méthadone (24 actuellement).

Qui s'adresse au réseau?

Des parents en difficulté, des enseignants, des travailleurs et éducateurs sociaux, des toxicomanes suivis avec d'autres médicaments ou en demande d'hospitalisation ou de centres de cure. Le travail complexe de l'accompagnement des toxicomanes comprend, entre autres, les visites en prison,

le travail en collaboration avec le Tribunal de la Jeunesse, etc.

Toxicomanie et prévention

Du contact avec les toxicomanes, sujets porteurs d'une histoire, se dégage l'impression qu'une prévention ne peut être qu'individuelle; tout discours collectif de prévention est souvent porteur d'aspects moralisateurs, normatifs. Ceci conforte l'impression globale que nous avons par ailleurs de l'échec des campagnes de prévention, même lorsqu'elles portent sur d'autres thèmes que la toxicomanie.

Tout discours bâti sur le mode "militaire", avec une "population cible", des "stratégies", des "outils", donne le plus souvent envie aux gens de prendre le maquis... Il nous semble que c'est souvent dans l'après coup, dans le travail de la cure que l'on peut entendre pourquoi, chez tel patient, il semble qu'il y ait eu dérapages à tel ou tel moment. Ainsi, un décrochage scolaire, une consommation d'alcool, un non-dit familial peuvent être repérés comme des moments clés, où une intervention aurait peut-être pu aider ce jeune, ou peut-être pas...

Il en résulte que l'écoute des patients toxicomanes a des effets de prévention, mais pas toujours où on les attend.

Ainsi, si un patient nous raconte que lors d'une phase d'anorexie survenue lorsqu'il avait quatre ans, moment où il avait manifestement perçu qu'il n'était pas le fils biologique du compagnon de sa mère, une infirmière est venue lui faire des piqûres de vitamines durant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'il accepte de remanger; ce qui va changer chez nous, c'est certainement notre façon d'entendre les troubles du comportement alimentaire du nourrisson ou du jeune enfant. Il en va de même pour la consommation de calmants des adultes, qui apparaît à l'évidence comme un comportement familial souvent rencontré dans l'entourage des toxicomanes.

Cet effet décalé de l'écoute des toxicomanes dans la prévention correspond à ce que nous avons voulu mettre en place au niveau de leur accueil: ces patients sont reçus au milieu des autres consultations ou rendez-vous de nos centres...

Si l'on réalise, par exemple, que le mot "sevrage" représente aussi bien le décrochage du toxique que la fin de l'allaitement maternel, on imagine aisément qu'une exposition sur la petite enfance, dans la salle d'attente, avec une affiche disant par exemple, "remplacer le goût du lait par le goût des mots" pourra avoir toute une série d'effets intéressants, et pas rien que chez les jeunes mères...

Il nous apparaît que c'est de cette manière, un peu décalée, que l'on a le plus de chance d'éviter l'exclusion.

L'exclusion du patient toxicomane du tissu social en général se retrouve, en effet, souvent dans le domaine médical. Il y a à cela de

nombreuses raisons, comme par exemple: l'angoisse du soignant, son sentiment d'impuissance par rapport à telle ou telle question... Dans cet ordre d'idées, tout discours "préventif" qui se veut alarmiste et centré sur une question précise, comme la drogue plutôt qu'une réflexion globale sur l'adolescence, ne fera que renforcer ce sentiment d'impuissance du soignant ou de l'enseignant, de l'éducateur, qui renonceront à leur richesse d'interlocuteur pour confier la question à des "spécialistes", avec toute la difficulté du transfert du patient, dans tous les sens du terme.

Cette question de la prévention, telle qu'elle se présente dans le domaine médical, s'aborde selon les mêmes postulats dans les Centres de Santé Mentale où vient consulter des parents employeurs ou enseignants en difficulté.

Là aussi, il ne s'agit pas uniquement de transmettre un certain savoir, voire de faire du "dispatching" vers d'autres centres, mais plutôt de mettre au travail la question de chacun, en le soutenant dans sa relation avec le jeune en difficulté, ce qui donne, là aussi, plus de chance au jeune de pouvoir compter sur l'interlocuteur qu'il s'est choisi, sans exclusion ni dramatisation.

Collaboration: Parquet de Tournai, Service de Santé Mentale du Tournaisis

En 1988, fut réalisée par le Parquet de Tournai en collaboration avec le Service de Santé Mentale du Tournaisis (un des centres, partenaire de "Citadelle"), une lettre d'admonestation prêtreienne.

Ce document est envoyé à chaque délinquant primaire (arrêté pour la première fois pour détention de

stupéfiants) et qui ne fait pas l'objet de poursuites de la part du Parquet.

L'envoi de cette admonestation permet à la personne de savoir où en est sa situation (préalablement, le dossier était classé sans suite et sans information de cette décision à l'intéressé) et d'autre part, de faire appel à un des Centres de Santé Mentale du Hainaut Occidental, ainsi qu'aux deux Maisons Médicales de Tournai.

Depuis 1988, 50 à 60 admonestations ont été envoyées par an. Ce projet de prévention ne peut prétendre à une évaluation, les personnes qui se seraient présentées dans les centres à partir de l'admonestation ne le signalent généralement pas.

Une réflexion a surgi a posteriori: une lettre, même de recommandation du Pouvoir Judiciaire, n'aurait-elle pas un effet de blocage, vis-à-vis d'une demande d'aide médico-psycho-sociale, qui pourrait se faire un jour, par la personne qui a eu des problèmes avec la Justice.

Ceci repose la pertinence d'une collaboration entre le Pouvoir Judiciaire et médico-psycho-social.

Au-delà de cette collaboration entre le Parquet de Tournai et le Service de Santé Mentale du Tournaisis, en 1988 et 1989, se sont tenues à Tournai des réunions de concertation entre le Parquet, la probation, la prison, un service hospitalier psychiatrique et le Service de Santé Mentale du Tournaisis. Une journée d'étude en septembre 1989 fut l'aboutissement de ces réflexions: "Médecins et juristes, une collaboration impossible? ou Toxicomanes et enfants maltraités dans la polémique des secrets professionnels".

Michèle Bruffaerts, service de santé mentale du Tournaisis

La prévention à Charleroi

De l'isolement des intervenants vers l'élargissement de l'action

Charleroi, première métropole de Wallonie, se heurte comme d'autres villes aux effets liés à la toxicomanie. D'une situation antérieure marquée par différentes formes d'isolement des intervenants, émergent progressivement des rapports de collaboration entre les acteurs locaux et d'autres ainsi que des perspectives d'élargissement de l'action. Il s'agit bien d'une trajectoire singulière, proche du développement communautaire, qui sera rapidement esquissée dans cet article.

L'Atelier Drogue

La Ville de Charleroi déploie diverses opérations de participation et de consultation du citoyen. Aussi, fin 1990, les édiles communaux décident de mettre en oeuvre la Commission Communale Consultative Prévention-Sécurité.

Les objectifs généraux de cette commission appréhendent la sécurité sous différents points de vue complémentaires: la sécurité routière, les accidents domestiques, la délinquance, la drogue...

Ces thématiques ont été proposées à une assemblée composée de représentants du Conseil Communal, des corps de police, de la gendarmerie, des pompiers, des associations sociales ou de famille, de la magistrature ou encore des services-clubs.

Parmi les groupes de travail mis en place, se retrouve l'Atelier Drogue. D'emblée, ce groupe s'est composé à la fois de personnes provenant de la Commission Communale Consultative Prévention-Sécurité et d'intervenants provenant de la prévention et/ou du traitement de toxicomanes.

La visée de l'Atelier Drogue s'est rapidement définie en terme d'interface entre des acteurs intervenant directement sur le champ de la toxicomanie et d'autres, confrontés à ses effets.

Ainsi, plusieurs carrefours furent organisés ayant pour public-cible les opérateurs intervenant dans le champ scolaire. De telle sorte que toutes les directions d'écoles des différents réseaux et niveaux d'études, ainsi que les associations de parents furent conviées à des séances de rencontre et d'échanges. Plus de 90 % des responsables d'établissements scolaires du primaire et du secondaire y participèrent.

Tous s'accordèrent pour indiquer les traces laissées par l'usage de drogue, le fait d'avoir été confronté, ou la possibilité de l'être à plus ou moins brève échéance, à des élèves toxicomanes. Au delà de la reconnaissance d'une situation problématique, les directions d'école signalèrent leur désarroi et leur isolement face à la toxicomanie dans l'école.

Ces rencontres ont été suivies d'effets en termes d'informations sur les aspects illégaux de la toxicomanie via une note du Procureur du Roi aux directions d'école de l'enseignement secondaire et supérieur, un document de présentation des acteurs de prévention et de traitement des toxicomanes. Il y eut également des séances d'information au sein des écoles animées par des participants de l'Atelier Drogue, et même des opportunités de formation pour les enseignants et des membres de l'Atelier.

Par la suite, en 1991, une rencontre à huis clos avec le Conseil Communal fut organisée, d'où émergèrent entre autre l'absence de structure de crise pour les drogués, ou la faiblesse des moyens des intervenants.

L'ensemble de ces rencontres, au sein desquelles l'Atelier Drogue a exercé son rôle d'agent de sensibilisation des représentants institutionnels à la problématique des toxicomanes a extrait la toxicomanie de son non-dit, et a apporté des plus-values aux intervenants de prévention et de traitement des toxicomanes, en termes de reconnaissance et de processus des réseaux d'échanges.

A tel point que l'Atelier Drogue, qui à l'origine se composait d'une

douzaine de membres, a vu tripler le nombre de participants. Son élargissement qui permet aujourd'hui de rencontrer l'ensemble des opérateurs luttant ou confrontés directement aux différents aspects de la toxicomanie à Charleroi, a conduit à un fonctionnement en sous-groupes dont les thèmes abordés sont le centre de crise, la prévention et le traitement thérapeutique.

Autres projets

En complément, la Ville de Charleroi a reçu l'appui de la Commission des Communautés Européennes pour réaliser en 1992 des opérations de sensibilisation et de formation à la prévention des toxicomanes.

Via les interventions de personnes-ressources externes à l'agglomération, il s'agissait de développer et de renforcer la mobilisation de différents secteurs: l'école, le logement social, les mouvements de jeunesse, les médecins, les pharmaciens, les intermédiaires sociaux...

Ces interventions externes qui représentent bon nombre d'échanges d'expériences constituent autant d'opportunités pour le développement de relations et de réseaux permettant aux acteurs de Charleroi de s'extraire de leur enclavement.

Enfin, dès la rentrée, Monsieur Van Cauwenbergha a présenté les projets de contrat de sécurité, dont certains concernent la toxicomanie: les opérations de bus méthadone, l'accueil, les éducateurs de rue...

Ainsi dès l'an prochain, assistera-t-on à Charleroi à un accroissement important du dispositif de prise en charge de la toxicomanie.

En l'espace de deux ans, la confidentialité dans laquelle se trouvait la problématique de la toxicomanie s'est transformée en dynamique collective se déployant sous différents registres qui modifient les rapports entretenus entre les intervenants eux-mêmes et entre ceux-ci et d'autres opérateurs.

Jean-Marie Canon, Centre de formation de la Ville de Charleroi.

Nous avons dû supprimer la rubrique Actualités faute de place.

Vous la retrouverez le mois prochain.

N'hésitez pas à nous communiquer vos "brèves", avant le 10 décembre si vous désirez voir paraître vos informations en janvier.

pratique professionnelle. Dans ce second cas, les réflexions exprimées témoignent de la prise de conscience par ces personnes du rôle qu'elles peuvent jouer dans la prévention en tant qu'assistant social, infirmière, enseignant... et des possibilités d'actions à entreprendre, des difficultés liées à la prévention et à la prise en charge des toxicomanes, de l'importance du temps d'écoute, de la communication avec les jeunes, comme facteur de prévention, mais surtout de la nécessité de développer des collaborations, seul moyen de travailler de façon efficace.

Comme ils y étaient invités par le questionnaire, quelques visiteurs, surtout parmi les plus jeunes, ont exprimé des questions qu'ils souhaiteraient poser aux organisateurs. Celles-ci concernaient la plupart du temps des aspects théoriques ou pratiques liés au problème des toxicomanies et surtout à

leur prévention. D'autres se rapportent plutôt au projet Péniche dans son ensemble, ou à des points particuliers du programme présenté. Toutes témoignent d'un intérêt évident pour la prévention primaire et secondaire des assuétudes en général et pour ce type d'action en particulier.

C'est ainsi que 90 % des personnes interrogées expriment le souhait de voir cette expérience renouvelée l'année prochaine.

A Liège, quelques participants préféreraient cependant que les animations ne se déroulent plus à bord d'une péniche: le passage régulier de bateaux dans le port des yachts à Liège occasionne des remous et le mouvement de roulis de la péniche s'est avéré dérangeant pour certaines personnes.

A Bruxelles, les suggestions concernent surtout des lieux d'amarrage jugés plus adéquats.

En conclusion, l'action Péniche a récolté un succès non négligeable: cette initiative répond effectivement à un vrai besoin de rencontre et d'échange entre des personnes qui se sentent à des degrés divers, concernées par la toxicomanie.

En dépit de cela, nous avons appris récemment que la Commission des Communautés Européennes a décidé de ne plus soutenir cette action l'année prochaine.

La péniche Cinna ne reviendra pas. Qu'à cela tienne, quelque chose a été amorcé et on peut espérer que d'autres initiatives fleuriront qui poursuivront cet effort de sensibilisation et feront naître des collaborations nouvelles.

Après tout, est-il vraiment nécessaire de marcher sur l'eau pour ne pas prêcher dans le désert?

Michèle Bauwens, C.C.A.D., Service aux éducateurs

Le pari de l'autonomie

Le 31 octobre 1992 se déroulait le premier colloque organisé par l'asbl PSD (Permanence Soins à Domicile) sur le thème "Soins et aide à domicile; le pari de l'autonomie".

Plus de 600 personnes avaient répondu à l'invitation à cette journée de réflexion autour d'un sujet d'actualité. L'objectif des organisateurs pour ce colloque était de bousculer les idées toutes faites pour que le public concerné par la prise en charge des patients privés d'autonomie élargisse son horizon et ainsi l'amener à réfléchir et explorer des voies nouvelles.

Pari tenu pour la participation et pour les débats. Plusieurs intervenants avaient introduit le sujet: le docteur J.-M. Gomas de la Faculté de médecine de Paris, les Professeurs Cobbaut et Cassiers de l'UCL.

Quelques personnalités du monde scientifique mais aussi une intervention marquante et remarquée de Monsieur D. Gossiaux, myopathe et administrateur de l'Association belge contre les maladies neuro-musculaires. Celui-ci nous parlait de l'autonomie vue du côté soigné.

L'après-midi, quatre ateliers étaient proposés aux participants:

- financement des soins et de l'aide à domicile en Europe, vers une logique de rationnement?
- formation, déformation: une éthique de la désobéissance;
- sécurité à domicile: technologies nouvelles;
- patient, entourage: quels pouvoirs, quelle autonomie?

On peut regretter que les aspects éducatifs et préventifs aient été quasi absents lors de cette jour-

née; pourtant, ces interventions sont indispensables pour que le soigné puisse s'approprier son autonomie. Un des participants au colloque l'a d'ailleurs souligné lors du débat en demandant quelle était la place de la prévention. Cette question est restée sans réponse. La seule présence (modeste) de l'éducation pour la santé était un stand d'Infor Santé Nivelles, un des partenaires du Réseau Actions Sécurité, sur le thème de la prévention des chutes chez les personnes âgées. Un stand parfaitement à sa place dans le contexte du colloque.

Pour ceux qui seraient intéressés, une publication des Actes du colloque est prévue. Pour tout renseignement, s'adresser à Anne Joppart, tél.: 02/237.44.63.

La promotion de la santé, une responsabilité à partager

Le slogan "une responsabilité à partager", choisi par les organisateurs du troisième Colloque international francophone des Villes et Villages en Santé (VVS), qui s'est tenu à Sherbrooke et Montréal (Québec) du 27 septembre au 2 octobre dernier, évoque deux idées essentielles:

1. le partage indispensable du pouvoir et des responsabilités entre les différents acteurs, (citoyens, relais, élus ...) pour réussir les projets "VVS";
2. l'échange d'expériences, d'idées, de vécus entre les VVS qui adhèrent au réseau québécois mais également entre toutes les communautés du monde francophone en vue de resserrer et/ou de développer des liens de collaboration.

Très brièvement, rappelons que l'OMS est à l'origine du projet "Villes Santé" dont le but consiste à promouvoir des politiques locales s'inscrivant dans la stratégie de "La santé pour tous en l'an 2 000" promulguée par la charte d'Ottawa en 1986.

Pour plus de détails concernant l'historique du projet, les réseaux européen et national sont développés dans les articles de Christiane Gosset, Jacqueline Trignon et Pierre Bartsch parus dans les n° 54 et 64 d'Education Santé.

Pourquoi le Centre de Coordination Communautaire était-il particulièrement intéressé à participer à ce colloque ?

Ses missions lui confient de centraliser des informations, documents, stratégies d'interventions et méthodes en éducation pour la santé en vue de les diffuser auprès des éducateurs pour la santé de la Communauté française de Belgique. Ce rôle, il le remplit soit directement, soit par l'intermédiaire des Commissions Locales de

Coordination et/ou des Services aux éducateurs (agréés ou non).

Le Centre de Coordination Communautaire s'intéresse prioritairement aux projets, recherches, documents, outils... existants dans sa propre communauté. Adversaire du "nombriisme", frein au développement d'idées nouvelles, originales et dynamiques, son champ de vision dépasse largement les frontières pour s'ouvrir aux expériences dignes d'intérêt, dont l'ensemble des éducateurs pour la santé de la Communauté française de Belgique peut tirer profit.

Un premier pas concret dans ce sens a été sa participation au colloque international "Promouvoir la santé en francophonie - Au-delà des cultures, des outils à partager", en octobre 1991, qui a débouché sur la constitution d'un réseau international francophone. Le Centre de Coordination Communautaire a été désigné comme correspondant pour la Communauté française de Belgique auprès du jeune REFIPS (Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé) (*).

L'objectif principal de ce dernier est la communication et l'échange d'informations en promotion de la santé à travers d'un réseau interdisciplinaire. Son but n'est donc pas de se substituer aux différents réseaux et organismes existants, mais bien de valoriser leurs actions, de mieux les faire connaître et d'établir des connexions intersectorielles et interthématiques entre francophones du nord et du sud.

Parmi ces réseaux, celui des VVS du Québec nous a paru particulièrement bien organisé et par conséquent susceptible de fournir des expériences concrètes, mais également des modèles d'intervention. Un article concernant son évaluation a déjà été publié à notre initiative dans le n° 66 d'Education Santé.

Le troisième colloque international francophone des V.V.S. qu'il a orga-

nisé nous a très largement conforté dans cette idée; au point qu'un numéro spécial d'Education Santé y sera entièrement consacré en mars 1993.

En attendant, voici quelques grandes lignes concernant, d'une part, le réseau québécois des V.V.S. et d'autre part, le colloque lui-même. Nous espérons que ces amuse-gueule vous mettront l'eau à la bouche.

Quelle est l'origine du réseau?

La première initiative de "Ville en Santé" au Québec date de 1986. Devant l'extension du nombre de municipalités québécoises engagées dans ce projet, un réseau s'est constitué en A.S.B.L. en 1990, son but étant à la fois de le protéger et de le stimuler.

Pour devenir une ville ou un village en santé au Québec, le projet local doit être créé par une résolution du Conseil municipal faisant appel à la concertation intersectorielle locale et à une participation active des citoyens. Les villes s'engagent à se conformer aux règles établies par le réseau.

Ce dernier a pour objectifs :

- 1 d'inciter les décideurs du monde municipal:
 - à prendre conscience de l'importance de leurs décisions en regard de la santé de leurs citoyens;
 - à travailler avec les décideurs des autres secteurs concernés par la réalisation de projets concrets favorables à la santé et à la qualité de vie des citoyens;
 - à encourager la participation active des citoyens et des groupes communautaires.
2. de favoriser l'entraide et l'échange d'informations et d'outils entre les différents projets locaux;

(* Si vous souhaitez être régulièrement informé des activités du REFIPS, un bulletin d'inscription comme membre figure dans le numéro 71 d'Education Santé.

3. de défendre les intérêts des projets locaux auprès des autres structures concernées;

4. de recevoir des dons, des legs et autres contributions.

En 1992, 75 municipalités adhèrent au réseau.

La communication entre ces différents VVS se fait - en dehors des contacts personnels - par un bulletin de liaison ainsi que par l'annuaire annuel qui reprend pour chacun les différents projets en cours.

Et le colloque?

A l'image des idées défendues par le réseau québécois:

- organisation extraordinaire, réfléchie pour favoriser les échanges et les contacts entre les participants, les orateurs, les intervenants et les citoyens;

- programme soutenu, varié, original, dynamique dont le contenu était à la hauteur de leur ambition;

- dans ce cas précis, le meilleur indicateur de qualité était très certainement d'ordre quantitatif, puisque les salles ne désemplissaient pas: 282 participants de 19 pays aux réunions francophones!

- la rencontre jouissait d'une présence et d'un soutien permanent des villes qui accueilleraient les congressistes tant au niveau des élus, que des intervenants et des citoyens;

- retour de la presse locale: à Sherbrooke, où la plus grosse partie du colloque s'est déroulée, en dehors d'un article de fond signalant le déroulement du colloque dans la ville, 6 pages étaient consacrées à la description de tous les projets santé développés dans la ville. La presse montréalaise à également fait écho de ce projet en titrant "Le grand rêve des villes en santé vit dans 19 pays".

La politique de la santé et du bien-être au Québec.

En juin 88, dans une interview donnée à la revue Education santé

(n° 32), Charles Picqué, Ministre de la Santé de la Communauté française de l'époque déclarait:

"Il est peut-être temps d'introduire le concept de "promotion de la santé". Il s'agit essentiellement de se soucier de tous les éléments qui ont une influence sur la santé. Effectivement, cela n'a pas de sens de vouloir responsabiliser quelqu'un qui mange mal si la cause réside dans la pauvreté, dans la mauvaise qualité des repas scolaires ou encore dans les modes de fabrication des entreprises alimentaires. Le même raisonnement peut être tenu pour de nombreux autres domaines.

J'espère que la promotion de la santé ne sera pas un nouveau mot à la mode mais un réel souci de la part des professionnels de l'éducation pour la santé".

Quatre ans plus tard, pensons-nous en ces termes? Certains oui, mais ils sont encore trop peu nombreux. De plus, il ne suffit pas de penser, il faut également agir.

Les professionnels de l'éducation pour la santé ne peuvent le faire seuls. La promotion de la santé implique de nombreux secteurs, des personnes d'horizons différents, dont les intérêts et objectifs peuvent être divergents; à la limite, quand des points communs existent, ils sont abordés et traités à la manière de chacun.

Tant que les différents partenaires intéressés agissent dans leur coin, sans consultation et partage, sans réflexion par rapport aux décisions qu'ils prennent et aux conséquences qu'elles peuvent avoir en terme de santé, la promotion de la santé restera un beau rêve.

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du gouvernement du Québec vient de publier un document intitulé "La politique de la santé et du bien-être au Québec".

Loin de moi l'idée de penser que cette politique est parfaite, elle a néanmoins le mérite d'exister ce qui prouve qu'un choix de politique de santé au sens global du terme a été réalisé par le gouvernement. Ce document aborde les enjeux, les objectifs et les stratégies pour une politique de la santé et du bien-être.

Les objectifs visent à la fois l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale.

La préface écrite par le Ministre de la Santé et des Services Sociaux, Marc-Yvan Cote, reprise dans son intégralité ci-dessous est assez révélatrice des choix et de la volonté du gouvernement québécois.

"Trois événements majeurs ont précédé, depuis dix-huit mois, le dévoilement de la politique de la santé et du bien-être que je rends publique aujourd'hui, au nom du gouvernement du Québec.

Dans une première étape, j'ai d'abord annoncé une réforme du système de santé et des services sociaux et pris une série d'engagements sur lesquels l'édifier. Ces énoncés se retrouvent dans le document Une réforme axée sur le Citoyen, publié en décembre 1990 et dont le plan d'implantation a été diffusé en mars 1992.

Dans une seconde étape, une mise à jour complète de la législation sur les services de santé et les services sociaux a été entreprise, puis complétée en août 1991 avec l'adoption de la nouvelle loi sur les services de santé et les services sociaux (1991, chapitre 42). Tous les partenaires connaissent maintenant les responsabilités particulières qui seront les leurs dans ce nouveau cadre juridique et se préparent à les exercer.

Conformément aux engagements que j'ai pris, la loi précise en même temps qu'elle renforce les droits des usagers et leur participation aux décisions. Elle définit les devoirs et les fonctions de ceux et celles qui ont à orienter, à organiser ou à fournir les services de santé et les services sociaux. Elle met en place de nouveaux partenariats qui agiront dans un cadre décentralisé. Ce cadre vise à rapprocher les décisions de l'action et à impliquer davantage les communautés locales et régionales dans l'adaptation des services à leurs besoins.

Enfin, dans une troisième étape, nous n'avons pas craint, comme gouvernement, de poser le problème du financement des dépenses de santé et de services sociaux et

gestions sont assez générales et théoriques, d'autres par contre posent des actions un peu plus concrètes et spécifiques, telles que: inclure dans le travail scolaire des cours systématiques de développement personnel, proposer aux jeunes des activités d'expression permettant d'analyser leurs frustrations, leur apprendre à gérer leur stress, développer des programmes de respect du corps, valoriser le bien-être sans drogue, former les jeunes à la discipline personnelle...

Evaluation Péniche

L'autre partie du questionnaire concerne l'évaluation de l'action "Péniche" proprement dite. Elle fait apparaître que si dans l'ensemble, la péniche a été relativement facile à trouver, près de 2 personnes sur 10 ont éprouvé quelques difficultés pour y parvenir.

C'est à Bruxelles que le problème s'est fait le plus sentir: le quai de Heembeek est un endroit peu connu, relativement éloigné du centre et son accès était, à l'époque, fortement compliqué par différents travaux aux alentours. Fort heureusement, la signalisation s'est avérée efficace et a atténué ces difficultés.

Une fois arrivés sur la péniche, les visiteurs de Liège, Charleroi et Bruxelles ont été pleinement satisfaits de l'accueil qu'ils y ont reçu et ont apprécié la décoration et l'aménagement général de la péniche auxquels ils ont attribué, dans les trois villes, une note moyenne avoisinant 8/10.

Près de 8 personnes sur 10 déclarent apprécier le fait de se rendre dans des endroits qui sortent de l'ordinaire, et un plus grand nombre encore attache de l'importance au fait de participer à des activités échappant à la routine quotidienne. Et, comme l'indiquent de nombreux commentaires, donner à tant de différents intervenants l'occasion de se rencontrer et organiser des journées où on peut "se former gratuitement", sont des initiatives qui sortent effectivement de l'ordinaire...

En ce qui concerne la participation aux différentes activités, les résultats de l'enquête font apparaître une grande hétérogénéité d'une ville à l'autre, hétérogénéité compréhensible puisque les organisateurs de chacune des villes ont construit leur propre programme de façon autonome. On peut regretter que la conception du questionnaire ne permette pas d'obtenir davantage de précisions sur les activités fréquentées, en particulier sur les discussions, séances informatives, rencontres, etc...

La question "Etait-ce intéressant?" aurait ainsi permis d'identifier, dans chacun des programmes, les activités les plus et les moins appréciées par les participants. L'enquête nous permet au moins de constater que le niveau de satisfaction est assez élevé puisque la note moyenne attribuée dans les trois villes se situe autour de 7,5/10.

Les commentaires accompagnant et justifiant les notes favorables concernent surtout la qualité du dialogue et de l'écoute entre des personnes partageant une même préoccupation et venant d'horizons différents. Si les débats ont été souvent appréciés pour leur animation et leur richesse, beaucoup de commentaires favorables soulignent la clarté des exposés, leur côté vivant et surtout leur aspect concret: les intervenants sont des gens travaillant réellement sur le terrain, et les problèmes exposés sont proches de la réalité quotidienne. Le mérite des interventions résidait également dans le fait qu'elles ont favorisé la prise de conscience de certains problèmes, qu'elles ont suscité l'envie de s'impliquer plus personnellement et ont dégagé des pistes d'action en matière de prévention.

Quelques personnes estiment cependant que certaines approches étaient trop théoriques, trop techniques et le vocabulaire employé trop scientifique pour un public large.

Mais les remarques justifiant les notes moins favorables se rapportent surtout à la diversité des interventions, jugées trop brèves et trop superficielles, le reproche

le plus souvent émis concernant le manque d'approfondissement des thèmes abordés.

A la question: "Qu'auriez-vous encore aimé faire d'autre sur la Péniche?", les réponses les plus fréquentes dans les trois villes concernent:

- la possibilité de rencontrer et entendre le témoignage de toxicomanes ou anciens toxicomanes ainsi que de leur entourage proche (ce souhait émanant particulièrement des jeunes);

- la possibilité de "manger un morceau" sur la péniche, que ce soit pour une question pratique (il n'a pas toujours été facile de trouver à se restaurer aux alentours) ou pour une raison conviviale (cela aurait été l'occasion d'échanges informels dans un contexte détendu).

Parmi les autres désirs exprimés, citons celui d'avoir plus de dialogue avec des personnes travaillant directement avec des toxicomanes, celui de voir des échantillons de produits (désir exprimé essentiellement par des jeunes), celui de voir davantage de vidéos et celui de former des petits sous-groupes de travail pouvant approfondir des thèmes précis.

Réflexions des visiteurs

De façon relativement uniforme dans les trois villes, la visite sur la péniche a suscité des réflexions auprès de 7 personnes sur 10.

Toutes ne se sont pas exprimées sur le contenu de ces réflexions.

Dans l'ensemble on peut cependant distinguer, d'une part, les réflexions émanant de personnes relativement étrangères au sujet de la toxicomanie et qui ont pris conscience des dangers présentés par les différentes drogues, de l'intensité du problème de la toxicomanie en Belgique, des problèmes auxquels sont confrontés les jeunes aujourd'hui... et d'autre part, les réflexions émanant de personnes déjà plus sensibilisées et parfois confrontées au problème des toxicomanies dans leur

ment indicative, d'autant plus que l'échantillon des répondants ne semble pas vraiment représentatif de la population globale des visiteurs de la péniche.

Caractéristiques de l'échantillon

Si celui-ci comprend des visiteurs de 10 à 70 ans, la moyenne d'âge est relativement basse (+ 30 ans), en raison d'un pourcentage assez important de jeunes de moins de 20 ans, le plus souvent des étudiants amenés sur la péniche par un de leurs professeurs.

La proportion des femmes apparaît assez élevée: 2/3 environ à Liège et Charleroi pour 3/4 à Bruxelles.

Ce sont bien les étudiants qui constituent le groupe le plus important (44,4 %), suivi du secteur médical (infirmières et médecins) et enfin du secteur de l'enseignement (instituteurs, professeurs, chefs d'établissement). Les secteurs policiers et judiciaires sont très peu représentés dans ces échantillons.

Perception du phénomène "drogue"

Une partie de l'enquête cherche à cerner la façon dont les répondants perçoivent le problème de la drogue en général, ceci à l'aide des questions suivantes:

- Qu'est-ce qu'une drogue?
- Quelles sont les drogues dangereuses?
- A votre avis pourquoi prend-on de la drogue?
- A votre avis que faudrait-il faire pour que la drogue soit moins consommée?

Dans les trois villes, les personnes interrogées sont unanimes à considérer que la chose la plus importante dans la vie est d'être en bonne santé. Ensuite, c'est toujours la qualité de la vie relationnelle qui récolte le plus de suffrages, les items "avoir une famille" et "avoir des amis" se suivent de près.

Les facteurs considérés ensuite comme les plus importants concernent la réussite scolaire ou professionnelle et l'harmonie avec l'environnement extérieur (absence de guerre et protection de la nature).

Ce sont les produits illicites et, parmi eux, les drogues dites "dures" qui sont effectivement considérées comme des drogues par le plus grand nombre de personnes (cocaïne, héroïne, crack et enfin haschich sont cités par plus de 90 % des personnes interrogées).

Plus de 80 % d'entre elles citent ensuite l'alcool et les médicaments. Le tabac récolte un peu moins de suffrage (plus ou moins 80 %) tandis qu'un peu plus de la moitié des répondants considèrent également le café comme une drogue et qu'une personne sur quatre fait de même au sujet des bonbons.

Il est intéressant de constater que parmi les autres produits cités spontanément, on retrouve beaucoup de "drogues" au sens figuré telles que la télévision, le chocolat, la nourriture en général, mais aussi les jeux, la voiture, la mode et le sexe.

La liste des produits cités spontanément comme dangereux reproduit plus ou moins dans le même ordre la liste des produits les plus fréquemment considérés comme une drogue. L'héroïne et la cocaïne se détachent largement, suivis du crack.

Notons pourtant que l'alcool, s'il est moins souvent considéré comme une drogue que le cannabis est par contre considéré comme dangereux par un plus grand nombre de personnes.

Le caractère légal ou illicite d'un produit n'interfère donc pas nécessairement avec l'évaluation du danger qu'il présente.

On constate d'ailleurs que 10 % des personnes interrogées affirment que toutes les drogues sont dangereuses.

Les trois raisons les plus souvent évoquées pour la prise de drogues sont des raisons essentiellement négatives, le produit venant comme

réponse à une situation désagréable que l'on chercherait à fuir, à un manque que l'on voudrait combler.

En effet, dans un ordre variant légèrement d'une ville à l'autre, les réponses les plus fréquentes attribuent la consommation de drogues au désir d'oublier ses soucis (64 %), à un manque de compréhension dans le milieu familial et le cercle des amis (56 %) et à la solitude (48 %), ce qui vient confirmer l'importance attribuée à la vie relationnelle.

Les quatre raisons les plus souvent évoquées ensuite concernent d'avantage la recherche de quelque chose de positif puisqu'elles se rapportent à la curiosité (42 %), la recherche de sensations fortes (35%), la recherche du "bonheur" (23 %) et le désir d'être "in", de vivre avec son temps (20 %).

Quant à la question portant sur les moyens à utiliser pour diminuer la consommation de drogues, on obtient dans les trois villes des résultats très semblables qui soulignent l'importance primordiale des facteurs liés à la réduction de la demande.

En effet, les moyens proposés auxquels on accorde la plus grande importance sont le développement de la communication ("pouvoir parler plus avec les autres" - parents, enfants, amis - et "écouter les gens au lieu de les juger", obtiennent des notes moyennes supérieures à 8/10), ainsi que l'éducation pour la santé et l'information ("apprendre à mieux vivre, à mieux se nourrir" et "mieux savoir ce qu'est la drogue", obtiennent une note moyenne de 7,5/10).

Viennent ensuite des items touchant à l'amélioration de la vie scolaire et professionnelle (6/10) et à la plus grande disponibilité des parents (5/10).

Les moyens liés à la réduction de l'offre et à la répression se voient attribuer des notes inférieures à 5/10.

Quant aux autres moyens suggérés spontanément par les participants à l'enquête, si certains ont une tonalité répressive, la majorité concerne le développement de la prévention primaire. Certaines sug-

de rechercher les meilleurs moyens à prendre.

Sur la base du document *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, paru en décembre 1991, et à la lumière des points de vue entendus en commission parlementaire, j'ai fait connaître les choix retenus par le gouvernement pour faire face à la situation. Nos décisions ont été prises dans le double souci de préserver les éléments de base de notre système public et de protéger les plus démunis. Ce souci est parfaitement légitime s'il s'accompagne d'une égale volonté de rationaliser la croissance des dépenses du secteur, d'alléger le poids qu'elles font peser sur les finances publiques et de maximiser l'efficacité des interventions pour éviter d'hypothéquer les générations futures.

Mais il manquait une pièce importante au tableau. C'est celle que j'ai le plaisir de livrer aujourd'hui : la politique de la santé et du bien-être.

Dans quelles directions devons-nous nous engager, maintenant que notre cadre d'action est fixé, que nous connaissons l'ordre de grandeur des moyens financiers à notre disposition et que nous sommes plus conscients que jamais des contraintes mais aussi des possibilités nouvelles qui s'offrent à nous dans la recherche d'une plus grande efficacité? C'est ce à quoi répond la politique de la santé et du bien-

être en proposant des choix qui visent à s'attaquer le plus efficacement possible aux problèmes qui affectent le plus la population.

Qu'il s'agisse d'adaptation sociale, de santé physique, de santé publique, de santé mentale ou d'intégration sociale, il nous faut résolument être plus efficaces dans l'atteinte du seul résultat global qu'il convient maintenant de viser: la réduction significative des problèmes de santé et des problèmes sociaux au sein de notre société.

A partir d'une analyse fine de ces problèmes spécifiques importants qui interpellent, chacun à leur manière, la collectivité autant que le réseau de services, la politique fournit à tous des lignes directrices. Sous forme d'objectifs précis et de stratégies simples, elle indique le cap sur lequel doivent converger tous les efforts, à tous les niveaux, d'ici dix ans, et pour chaque problème. Elle précise les précautions à prendre et les grands moyens à privilégier à cette fin. Après avoir démontré que le réseau de services ne peut permettre à lui seul l'atteinte de ces objectifs, elle ouvre de nouvelles perspectives pour la contribution des autres secteurs de la vie collective à la création de conditions propices à la santé et au bien-être. Toile de fond, cadre de planification et d'évaluation, appel à la mobilisation, instrument de sensibilisation, projet de société, la

politique de la santé et du bien-être est tout cela à la fois.

Mais elle devra surtout être la source du renouvellement d'un engagement profond qu'il incombe à nous tous de prendre, à tous les niveaux, afin de faire mieux et plus pour notre santé et notre bien-être.

Plus de deux cents personnes ont participé à l'élaboration de la politique. Cette collaboration des milieux de la recherche, de l'intervention, de la gestion et des affaires publiques représente, pour moi, un pas important dans cette direction".

Alors, qu'en pensez-vous? N'est-il pas plus que temps de changer notre notre fusil d'épaule en Communauté française de Belgique et d'élargir les horizons en sortant l'éducation pour la santé de son isolement?

Patiencez jusqu'en mars, vous comprendrez mieux au travers d'expériences concrètes le chemin qu'il nous reste à parcourir. Les pistes que vous y découvrirez vous encourageront sûrement à réaliser des démarches, qu'elles soient locales, régionales ou communautaires en tenant compte des préalables indispensables à tous projets, de l'importance du partenariat et des facteurs de réussite.

Martine Spitaels, Centre de Coopération Communautaire



Stop ou encore

Je vous propose de suivre dans cet article le cheminement d'un projet-action sur l'éducation préventive précoce des problèmes de consommation inadéquate de l'alcool et autres drogues.

Peut-être vous en souvenez-vous dans le numéro 70 d'Éducation Santé, Michel Pettiaux, perplexe face à l'abondance des recherches et des études sur l'efficacité de la promotion de la santé, souhaitait voir beaucoup plus de travaux concrets en la matière: "A trop vouloir chercher, mesurer, ne passe-

pas à côté de l'essentiel qu'est l'action".

Cette réflexion alimente une fois de plus le débat entre chercheurs et praticiens. Les uns, issus de l'univers académique, prônent les valeurs de la rigueur du discours et de la continuité; les autres, issus de l'univers professionnel, prônent l'efficacité de l'action et l'idiosyncrasie.

La réalité que vivent les travailleurs de santé appelés communément "gens de terrain" est tout aussi complexe: ils doivent trouver

un compromis entre ces deux courants pour réaliser des interventions de promotion de la santé efficaces et reconnues. Actuellement, dans notre Communauté française, il faut avouer qu'il existe un réel déséquilibre entre la reconnaissance (de manière plus terre-à-terre: accord de subsides) d'un projet local répondant à des besoins et demandes spécifiques et les dispositions concrètes accordées aux initiatives de grande envergure, endossées par quelques gros organismes.

Etapes de la mise en route du projet "Stop ou Encore?"

Dès janvier 1992,

Rencontre de différents partenaires soucieux de créer une synergie autour d'un projet concret dans la dynamique locale de promotion de la santé, en raison de collaborations antérieures positives mais ponctuelles.

Equipe de base du travail:

- * l'échevin de la santé de Mouscron;
- * une assistante sociale de l'a.s.b.l. projet toxicomanie "La Santé en herbe";
- * une enseignante de l'école d'infirmier(e)s Iteho Jeanne d'Arc à Mouscron (porteuse du dynamisme des étudiants en éducation pour la santé);
- * deux comédiens psycho-pédagogues de la Compagnie du Tarmac.

Feed-Back des travaux antérieurs:

- * analyse du collectif de réflexion sur le problème de la toxicomanie dans notre région (mis en place par l'a.s.b.l. depuis 3 ans - inventaire des besoins et demandes spécifiques et propositions d'actions);
- * évaluation des démarches concrètes issues de la collaboration entre une école d'infirmier(e)s et le pouvoir communal;
- * analyse du contexte théorique et identification des concepts utiles sur base de lectures et de rencontres avec des interlocuteurs spécialisés sur le thème prévention primaire des toxicomanies;
- * prise en compte de la psychologie de l'enfant.

Stratégie privilégiée:

Compte tenu de la complexité du contexte des recherches, des avis scientifiques en la matière, du regard posé sur les multiples démarches de grande envergure dont l'impact n'est pas réellement prouvé et en raison de la psycho-pédagogie de l'enfant, des besoins latents de la population jeune et de l'enseignement tirés des expériences concrètes vécues depuis quelques années, l'équipe de travail s'est mobilisée pour créer un outil de prévention portant sur les conditions du passage possible à une toxicomanie.

Objectifs et procédés de travail

Objectif général:

Développer chez l'enfant l'aptitude à choisir un mode de vie sain.

Objectif plus spécifique:

Développer chez l'enfant l'aptitude à consommer adéquatement.

L'outil:

Une dynamique théâtrale: le spectacle "Stop ou Encore?", Pol et Charly, deux personnages vivant une aventure ensemble, occasion de mettre en évidence les conflits à propos desquels nous souhaitons travailler: le conflit relationnel, le conflit affectif, le conflit cognitif.

Déroulement de l'animation:

L'intervention théâtrale est produite actuellement pour des groupes de maximum 40 enfants.

Après le spectacle, les enfants bénéficient d'une animation du groupe de travail dont les objectifs sont:

- d'offrir une "matière première" à un débat éducation-santé entre les comédiens, les enfants, les enseignants et les animatrices et ce, dans le cadre d'une structure souple;
- d'offrir un autre regard sur l'alimentation, les peurs, les conflits, le respect du corps et de l'autre.

Les axes de travail:

Sont les conflits cités précédemment et ils sont exploités comme suit:

- mise en évidence des situations conflictuelles;
- prise de conscience, élargissement et généralisation de celles-ci.

Extension du projet

Un projet d'accompagnement éducatif est en cours de réalisation, il s'agit de:

- l'élaboration d'un dossier d'information relatif au contenu de la pièce et aux pistes d'exploitation possibles de notre démarche, destiné aux enseignants dont la classe bénéficie de l'intervention;

- la création de brochures enfants: documents regroupant sous forme de jeux et de B.D. les messages qui sous-tendent notre démarche.

Le bilan des 4 animations déjà réalisées grâce au soutien de l'a.s.b.l. "La Santé en Herbe" nous permet de réajuster notre démarche.

Nous nous attelons à multiplier les contacts afin d'intéresser les différents partenaires et bénéficiaires potentiels au programme: rencontre avec toutes les directions d'école de Mouscron, tous réseaux confondus pour présenter la démarche et offrir la possibilité d'une formation spécifique pour les enseignants le souhaitant, avec la collaboration de Prospective Jeunesse.

Nous poursuivons l'analyse (ressources et contraintes) d'une démarche de plus grande envergure qui se composerait de 4 parties:

1. réalisation d'organes vitaux géants: espace exposition + espace actif;
2. représentation théâtrale;
3. animation du groupe de travail;
4. ensemble de documents écrits destinés aux enfants, aux pa-

rents et enseignants qui préparent la rencontre et en prolongent l'action éducative.

Nous souhaitons constituer un groupe ayant en charge l'évaluation de la démarche.

Mode de diffusion

Actuellement, le module d'intervention (+ 2 heures) sera encore présenté dans 2 classes sur l'entité d'Estaimpuis (prise en charge de la commune).

Perspectives: nous ne souhaitons pas en rester là, "Stop ou Encore" suscite l'intérêt; espérons que la diffusion de cet article et/ou la multiplication de nos contacts donnera l'impulsion ou les moyens nécessaires pour passer à un rythme supérieur.

Evaluation

Quelle incidence peut avoir ce type d'opération sur les comportements, puisqu'à terme, il s'agit bien là d'un des enjeux majeurs de la prévention santé?

Nous pouvons mesurer l'impact de la représentation théâtrale sur un public à la nature de ses réactions:

attention soutenue, applaudissements et réflexions au cours de l'animation pédagogique. L'éducation à la santé, en s'ouvrant aux pratiques artistiques, fait l'hypothèse qu'elle y gagne du sens.

La théorie nous confirme qu'une méthode telle que la dynamique théâtrale qui amène l'implication du spectateur, est très utile pour permettre aux enfants de ressentir le besoin de prendre une décision. Gageons que notre démarche a su être efficace auprès du petit nombre d'enfants (175) qui en ont déjà bénéficié et que de nombreux autres pourront découvrir une approche originale en matière de promotion de la santé.

Contacts:

a.s.b.l. "La Santé en Herbe" - 056/34.00.61
ext.248; M.A. Ledoux-Courcelle - 056/48.62.53;
X. Sourdeau - 069/22.44.69

Marie-André Ledoux-Courcelle, enseignante à l'Iteho-Jeanne d'Arc de Mouscron et collaboratrice du partenariat de l'A.S.B.L. "La Santé en Herbe" et la Compagnie du Tarmac.

Les principes du projet

Aborder la prévention primaire des toxicomanies implique que l'on s'intéresse avant tout à l'individu. Le produit s'efface alors devant l'usage qui en est fait. Gardons à l'esprit que les toxicomanies sont l'expression d'un désordre multifactoriel à plusieurs niveaux: somatique, psychique ou affectif social.

A l'origine de tous ces problèmes - qui prennent souvent leur source dans l'enfance - un dénominateur commun: le conflit. Conflit entre un désir d'équilibre, de calme, d'harmonie et l'incapacité de le réaliser à cause d'éléments perturbateurs; conflit entre ce qu'on aimerait être et ce qu'on est; conflit entre les actions d'un individu et celles des autres, entre sa pensée et celle d'autrui, entre son envie de réaliser quelque chose et le sentiment d'en être incapable, etc....

Axée sur la formation d'un être humain, l'éducation n'est certes pas la seule action préventive possible. Elle peut toutefois contribuer à préparer l'individu à réagir à certaines causes d'une consommation inadéquate, en l'aidant à découvrir des moyens d'affronter et de gérer ses conflits, ainsi que de faire des choix réfléchis et d'adopter une attitude responsable.

C'est pourquoi, nous proposons un programme d'éducation précoce et générale en matière de santé globale.

Groupes-cibles

- Les enfants de 7 à 9 ans constituent la cible prioritaire de l'intervention visant une démarche globale.
- Stimuler l'intérêt et la participation des enseignants et des parents fait partie de nos préoccupations également.

Péniche Cinna - évaluation

Vous avez certainement entendu parler de la péniche consacrée à la prévention des assuétudes, qui dans le cadre d'un projet européen, a navigué sur les eaux de France, du Luxembourg, de Belgique et de la Communauté française de Belgique. Peut-être même avez-vous eu l'occasion de la visiter au gré d'une de ses escales à Liège, Charleroi et Bruxelles, au tout début de cette année 92?

Coordonné en Communauté française de Belgique par le CCAD avec l'aide notamment de cinq C.L.C. et de quelques institutions spécialisées, le projet "Péniche" visait surtout à sensibiliser des adultes relais au rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention des assuétudes

et à développer des collaborations nouvelles en permettant la rencontre du secteur des spécialistes en toxicomanies et de celui de l'éducation pour la santé.

En vue de réaliser une évaluation formelle de cette action, une enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire qui a été distribué à chacun des visiteurs de la péniche.

Dans le souci de permettre des évaluations comparatives à l'échelon européen, le CCAD se devait d'utiliser le questionnaire qui avait été construit et déjà appliqué par les participants luxembourgeois. Ce questionnaire jugé trop long, assez maladroit dans sa rédaction et peu adapté à nos objectifs spécifiques, a été légèrement remanié

et raccourci avant d'être appliqué à l'action "Péniche" en Communauté française de Belgique.

On peut d'emblée considérer que cette action a été un succès: plus de 3000 personnes ont été accueillies à bord de la péniche Cinna (environ 1200 à Liège, 800 à Charleroi et 1100 à Bruxelles). De plus, les échos recueillis de vive voix auprès des visiteurs se sont avérés encourageants et sont confirmés par les résultats généraux de l'enquête. Précisons cependant que le pourcentage de visiteurs ayant répondu à cette enquête est réduit puisqu'il se situe autour de 9,5 %. Les résultats obtenus à partir des questionnaires ont donc une valeur pure-