

## Famille

### Namur

**6 septembre 1994**

Séminaire: «Le non-emploi...ses répercussions sur la famille, sur la santé.» Organisé par le Comité Interprovincial de Médecine Préventive de la Communauté française, le Comité Interprovincial des Affaires Sociales de la Communauté française, la Fédération des Centres d'Etudes et de Documentation Sociales et l'Association Intercommunale de Guidance et de Santé.

Lieu: Maison de la culture, 14 avenue Golenvaux, 5000 Namur.

Prix: 500F ou 200 F (étudiants).

Inscription et renseignements: avant le 25 août à l'adresse suivante: Madame Grenier, 2 rue Martine Bourtonbourt, 5000 Namur (tél. 081/72.95.23).

## Psychologie

### Charleroi

**15 et 16 septembre 1994**

Rencontres sur le thème de "L'expression des émotions dans la famille", organisées par la Province de Hainaut dans le cadre de l'Année Internationale de la Famille. Cela se passera à l'Auditorium de l'Université du Travail P. Pastur, Bd Roullier 1, 6000 Charleroi, de 9 à 16h30. Participation gratuite.

Renseignements: Francine Brigode, 071/447.211 et 253 (sauf le mercredi).

## Psychologie

### Bruxelles

**29 septembre 1994**

Conférence sur "La gestion mentale, outil de diagnostic et de remédiation scolaire", par G. Van Dijck, formateur à l'Ecole des Parents et des Educateurs. Elle aura lieu à 19h. à l'Institut Libre Marie Haps, rue d'Arlon 5, 1040 Bruxelles. P.A.F.: 200 FB.

Renseignements: A.P.P.A., 064/54.83.39 (après 17h).

## Formation

### Paris

**3 au 7 octobre 1994**

Stage de formation sur le thème "Actions de santé et choix de partenaires". Contenu: méthodologie d'une action de santé, méthodologie de recensement des partenaires, choix des actions possibles, élaboration d'une stratégie avec les partenaires locaux. Coût: 4.200 FF.

Renseignements: Santé et Communication, 153 rue de Charonne, F-75011 Paris. Tél.: 43.56.25.15. Fax: 43.70.34.85.

## Assuétudes

### Gand

**8 octobre 1994**

Conférence de Consensus: «Traitement de substitution à la méthadone». Promoteur: Monsieur J. Santkin, Ministre de la Santé Publique.

Lieu: Hôpital Universitaire de Gand, 185 De Pintelaan, 9000 Gand. Prix: 500F

Horaire: de 9h à 18h exposés des experts et discussion avec le public.

Inscription et renseignements: Secrétariat de la Conférence du Consensus, 329 Quartier Esplanade, Cité administrative de l'Etat, 1010 Bruxelles. Tél.: 02/210.48.34

## Emploi - offre

Maison Médicale 'Santé Plurielle' recherche 1 inf. social(e) 3/4 tps ou tps plein pour remplacement d'octobre 94 à mars 95. Travail infirmier et social, curatif et préventif; voiture indispensable; pas de w-e. Contactez M. Molitor, au 02/537.71.24.

## Emploi - demande

Licenciée en santé publique (ULB) souhaite travailler dans le milieu de la santé maternelle et infantile ou celui des inégalités sociales en santé. Coordonnées: Nathalie Beeckmans, rue de la Procession 84, 7850 Petit-Enghien.

## Récolte de fonds

### Noordwijkerhout (NL)

**18 au 21 octobre 1994**

"The 14th International Fund Raising Workshop", un forum que ne voudront pas manquer les responsables d'organisations spécialisées dans la récolte de fonds!

Renseignements: Lutgart Govaerts, Rode Kruis Vlaanderen, 02/645.44.59.

## Soins à domicile

### Bruxelles

**22 octobre 1994**

Colloque «Soins et aide à domicile: Quelle qualité de vie?». Organisé par Permanence Soins à Domicile.

Au programme de la matinée:

- l'approche des patients âgés jusqu'en fin de vie, par Jean-Marie Gomas;
- quelle formation pour quel soignant?, par Bernadette Wouters;
- un témoignage de Régine Verstraeten;
- l'éthique de la relation soignant-soigné, par Emmanuel Hirsch.

Au programme de l'après-midi, 5 ateliers:

- Atelier 1: Le temps pour soi et pour l'autre (Michel Canivet, Marion Faingnaert, Josianne Schul);
- Atelier 2: Hôpital-Domicile: une liaison heureuse? (Christian Swine, Guy Tennstedt, Dr. Guy Dargent);
- Atelier 3: La qualité de vie au regard de chacun (Dr. Adrienne Gommers, Dr. Philippe Corten);
- Atelier 4: La protection des personnes dépendantes: question éthique ou juridique? (Georges Verwaeck, Jean-Philippe Cobbaut);
- Atelier 5: Mieux financer l'aide et les soins à domicile (Henri Lewalle).

Lieu: Centre Culturel d'Auderghem, 183-185 Boulevard du Souverain, 1160 Bruxelles. Heures: de 8h45 à 17h30. Prix: 800F.

Inscription et renseignements: Anne Joppart, Av. de Roodbeek 44/1, 1040 Bruxelles. Tél. 02/735.24.24.

# Education

## SANTÉ

## Réflexions

Réussir une action intersectorielle  
par Jean-Paul Fortin et al.  
p. 3

### Provac

Le programme  
par Béatrice Swennen  
p. 9  
Evaluation de la communication  
par Marie-Christine Miermans  
p. 10

Tabagisme en milieu scolaire:  
séminaire européen  
par Jean-Luc Noël et Colette Schoonbroodt  
p. 14

## Initiatives

Promotion de la santé au niveau  
communal  
p. 34

Prévention des accidents  
domestiques à Schaerbeek  
par Luciane Tourtier  
p. 35

## Lu pour vous

"L'Observatoire" spécial Promotion  
Santé  
p. 38

## Vu pour vous

"Au fil des relations"  
par Eric Vandersteenen  
p. 42

"Les gens normaux n'ont rien  
d'exceptionnel"  
par Véronique Janzyk  
p. 43

photo Zafar



# La santé, cela s'apprend aussi socialement

Les actes de la 5ème Journée d'Education pour la Santé du RESO (UCL)



## Intersectorialité

Vous ne trouverez pas le mot dans un dictionnaire usuel, et pourtant il s'agit aujourd'hui d'un concept-clé en matière de promotion de la santé. En écho aux 3èmes Rencontres Internationales Francophones de Promotion de la Santé, dont nous vous avons largement fait part dans notre numéro de vacances, nous publions un texte fondamental sur la question. Les auteurs, au départ de la notion de coalition, expriment remarquablement les bénéfices qu'on peut retirer d'un projet intersectoriel. Passionnant.

D'une certaine manière, la campagne de prévention des accidents domestiques à Schaerbeek, dans le cadre général du Réseau Actions Sécurité, est une bonne illustration des synergies auxquelles peut donner lieu la confrontation d'acteurs issus de milieux qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler en commun. L'enrichissement mutuel des partenaires est à la mesure des difficultés qu'ils rencontrent.

Au chapitre des nouvelles campagnes de promotion de la santé, il faut aussi retenir en ce début septembre le démarrage d'une large action de sensibilisation du public quant aux bienfaits d'une bonne couverture vaccinale. La cible prioritaire est cette fois-ci constituée par les enfants de 5-6 ans. Deux collaboratrices du programme Provac, Béatrice Swennen et Marie-Christine Miermans, nous en disent plus. La première rappelle l'importance des enquêtes permettant d'estimer l'évolution des taux de couverture maximale. La seconde nous décrit par le menu tout le travail préalable à la réalisation du principal outil de communication de la campagne, le dépliant "Votre enfant a cinq ou six ans - est-il bien vacciné?" On a peine à croire qu'un document apparemment modeste ait exigé une telle somme d'efforts. En prime, vous pouvez comparer la première mouture du dépliant et ce qu'il est devenu finalement. Instructif.

La prévention du tabagisme chez les jeunes est un des défis les plus difficiles à relever. Au retour d'un séminaire européen sur la question, nos psychologues de service, Colette Schoonbroodt et Jean-Luc Noël, ne sont pas sûrs que les "experts" s'en rendent bien compte...

Comme l'an dernier, nous publions également les actes de la journée scientifique du RESO UCL, qui portait cette année sur les aspects sociaux des apprentissages en santé. Nous vous recommandons en particulier la contribution du philosophe, qui rompt avec pas mal de poncifs. Pour votre facilité, nous avons fait du document récapitulatif un cahier détachable.

L'Observatoire, revue d'action sociale et médico-sociale, consacre un important dossier à la promotion de la santé dans sa dernière livraison. Il est intéressant d'aller y jeter un coup d'oeil.

Qui dit septembre, dit aussi rentrée des classes. Vous verrez dans nos prochains numéros que nous n'oublions pas ce lieu particulièrement riche en expériences de promotion de la santé.

Christian De Bock, rédacteur en chef

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction, documentation, abonnements:

Maryse Van Audenhaege, Fabienne Evens.

Comité de rédaction:

Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne-Françoise Dusart, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Tréfois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.600 exemplaires.

Diffusion: 2.300 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique. ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53.

Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

six séquences séparément, mais la diversité des situations, des difficultés et des sentiments exprimés, la mise en relation de six vécus différents font finalement toute la richesse et l'intérêt du film.

«Au fil des relations» s'adresse aux futurs parents, aux parents, aux adolescents (bien sûr), aux professionnels de la santé, aux éducateurs de l'enfance et de la jeunesse, aux travailleurs sociaux, etc.

«*Respect, écoute, observation, accueil de l'enfant et de l'adolescent dans son intégralité corporelle et psychique, sont autant d'attitudes éducatives dont l'importance doit être soulignée et nuancée en tenant compte des difficultés que cela entraîne dans une relation quotidienne parents/enfants.*»

Un cahier d'animation accompagne ce documentaire: il fournit aux professionnels des éléments d'information

complémentaire leur permettant de mieux appréhender les relations parents/enfants durant la phase de l'adolescence ainsi que des informations pratiques et des adresses utiles. Un document bien précieux renforçant encore le remarquable outil de prévention primaire que constitue «Au fil des relations».

Pour l'instant, la diffusion est réalisée uniquement par le Centre Vidéo de Bruxelles. Toutefois, d'ici environ une année - soit après une période d'exploitation et d'évaluation par les coproducteurs - la Médiathèque de la Communauté française de Belgique sera autorisée à diffuser ce programme plus largement auprès des utilisateurs de sa collection Education pour la Santé.

Eric Vandersteenen, chef de projet, Médiathèque de la Communauté française de Belgique ■

## Renseignements pratiques

Au fil des relations, un vidéogramme réalisé par Jacques Borzykowski en collaboration avec Monique Meyfroet. Coproduction: Centre Vidéo de Bruxelles asbl, Fraje asbl (centre de Formation et de Recherche dans les milieux d'Accueil du Jeune Enfant), Question Santé asbl et Respect asbl. Vidéo Betacam, 45 minutes, 1994.

Le vidéogramme «Au fil des relations» peut être acheté (2.500 francs) ou loué (250 francs par jour) au Centre Vidéo de Bruxelles.

Contacts:

- Centre Vidéo de Bruxelles, rue Royale Ste Marie 113, 1030 Bruxelles, Tél.: 02/216.80.39.
- Fraje, avenue Louise 166, 1050 Bruxelles, Tél.: 02/216.80.39.
- Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, Tél.: 02/512.41.74.
- Respect, rue Joseph Dujardin 8, 1070 Bruxelles, Tél.: 02/521.78.08.

## Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel

La sortie vidéo du beau film de Laurence Ferreira Barbosa nous donne l'occasion de vous le présenter en quelques lignes.

L'histoire des «Gens normaux», c'est avant tout celle d'une fille, Martine, qui se met tout à coup à en faire, des histoires. Pour un rien, apparemment. Pour un interlocuteur antipathique à l'autre bout du fil alors qu'elle essaie de lui refileur du matériel sanitaire. Démarcheuse, c'est son boulot, après tout.

Les fantaisies de Martine s'arrêteraient-elles là qu'il lui serait déjà difficile de sauver la face aux yeux de son employeur. Mais la voilà laissant tout en plan, pour se lancer sur les traces de son ex et lui demander la raison de sa rupture.

Parce que «c'est ainsi», qu'elle aura beau se taper la tête contre les murs, qu'il ne lui reviendra pas, Martine fonce pour de vrai tête première dans une vitrine. Et finit par se retrouver en hôpital psychiatrique.

D'où vient tant de réticence à qualifier «Les gens normaux» de film sur la folie, même adoucie du qualificatif «ordinaire»? Sans doute de la proximité

avec le personnage qu'engendre la mise en scène.

Ainsi le comportement au téléphone de Martine n'est-il pas montré brutalement, dans son agressivité, mais est-il précédé d'un plan d'ensemble qui nous fait découvrir le staff de standardistes, attelés à leur tâche, derrière une baie vitrée, parlant sans que nous n'en entendions rien. Les mâchoires s'agitent. On pense à des poissons happant l'air.

Dans un tel contexte, la question ne porte (presque) plus sur la réaction de Martine, mais sur l'endurance de ses collègues. Comment font-ils, eux, pour ne pas craquer? Laurence Ferreira Barbosa met d'emblée, on le voit, le regard du spectateur sur le bel étrier de la compréhension et l'y maintient.

Le film cède parfois au cliché «gentils et marrants malades mentaux», livrant du coup des scènes amusantes mais qui déforcent son propos et s'écartent de sa nature subversive. Et émouvante. Car la deuxième moitié des «Gens normaux» se consacre à nous montrer comment Martine, privée de bien-être, entreprend de faire le bonheur de ses compagnons d'infortune.

Il y a dans sa conception fort personnelle de ce qu'elle imagine être leurs désirs et dans sa volonté parfois terroriste de permettre leur réalisation un parallèle fort intéressant à établir avec ce que nous pensons être la norme et avec la manière dont la société où nous vivons veille à son respect.

Il faut encore ajouter que «Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel», premier prix Cyril Collard du cinéma français, repose sur l'interprétation exceptionnelle de Valéria Bruni-Tedeschi. Celle qu'on a pu voir chez Chéreau et Doillon prend son rôle à bras-le-corps et à tue-tête pour l'habiter d'une présence magnétique. On garde les yeux rivés à sa silhouette, ses traits, son sourire. Même à ses doigts quand ils triturent, moins d'une manière compulsive qu'en une espèce de rituel conjuratoire de la folie, le ruban qu'ils transforment en ceinture ou en noeud pour les cheveux. On se comprend de ne pas quitter du regard des doigts qui s'accrochent avec tant d'énergie à la vie.

Véronique Janzyk ■

## ■ Au fil des relations

### L'adolescence à la croisée des chemins de l'autonomie

«L'enfant développe au fil des relations le potentiel de croissance qu'il possède dès la naissance et qui le pousse à construire sa personnalité. Le jeune a besoin d'une écoute sécurisante et protectrice de la part des parents. Sans cette disponibilité émotionnelle, il construira difficilement et au prix d'une grande anxiété son estime de soi».

«Au fil des relations», ce nouveau film de Jacques Borzykowski (C.V.B.) et de Monique Meyfroet (F.r.a.j.e), poursuit et complète le travail effectué précédemment avec «Les chemins de l'autonomie».

Sensibiliser un large public aux moments clés des relations entre parents et enfants, promouvoir la construction de relations épanouissantes et harmonieuses entre tous les membres de la famille, contribuer ainsi à diminuer les risques de maltraitance, tels sont les objectifs principaux de cette série.

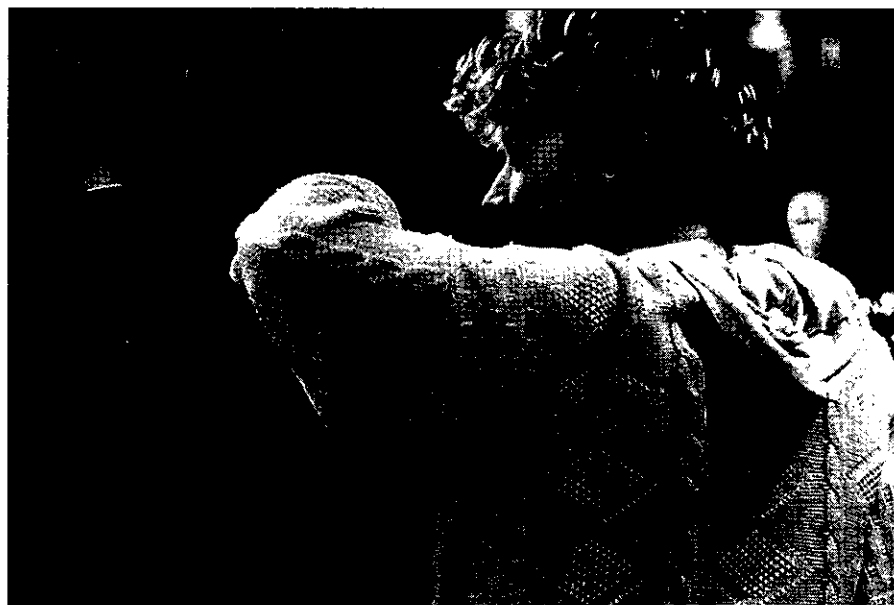
Par le biais de témoignages variés et accessibles à tous (pas d'experts, ni de spécialistes tenant des discours intellectuels excluant de fait une partie de la population), le film montre comment dans chaque famille se déroule

au moment de l'adolescence une histoire particulière. Cette histoire est intimement liée au développement des liens familiaux noués depuis la petite enfance.

L'adolescence est, on le sait, la période la plus délicate et la plus difficile de notre vie: c'est cette période qui va permettre à chacun de passer de la dépendance totale de l'enfance à la prise d'autonomie et à l'apprentissage de la vie d'adulte. Tout un programme!

Le film nous révèle, avec beaucoup de respect et sans aucun voyeurisme, six situations complexes. On ne peut bien sûr réduire les difficultés et le vécu de l'adolescence à ces seuls exemples. A chacun d'entre nous, parent ou adolescent, d'en tirer les enseignements nécessaires afin de faciliter ce passage obligé de notre vie ou vivre plus sereinement une situation existante.

La démarche est de faire partager aux spectateurs des émotions (1). La parole est laissée principalement aux familles, aux adolescents et aux parents. Ils s'expriment tous franchement et honnêtement, avec beaucoup de sincérité, ne cachant rien de leurs problèmes de relation, de leurs conflits (graves ou apparemment plus anodins), de leurs espoirs, des réponses (fragmentaires ou partielles, parfois aussi partiales) qu'ils proposent pour résoudre leurs problèmes.



Des témoignages vivants et variés, librement exprimés, extrêmes parfois mais profondément vrais, forcément marquants (c'est bien là toute la force du témoignage) nous entraînent dans un tourbillon d'émotions, de difficultés, de tensions violentes, d'absence de communication, d'incompréhension voire de conflits ou de rejets catégoriques, d'espoirs aussi parfois.

Ce document vrai et spontané (2), plaisant, émouvant ou plus dur même à certains moments, montre des situations que chacun d'entre nous a pu (a dû?) rencontrer ou vivre plus intensément au fil de ses relations enfant/parent ou parent/enfant: il ne peut certainement pas nous laisser indifférents car il nous amène sans détour à nous poser des questions sur nos propres comportements ou sur nos réactions face aux sentiments exprimés.

Certains trouveront peut-être ce film un peu long (45 minutes). Il est sans doute possible d'utiliser chacune des

(1) Cette option correspond à la philosophie globale du projet qui se construit à partir de cinq clés que l'on retrouvera implicitement dans chaque numéro de la série:

1. la notion de distance adéquate;
2. le décodage des parents sur les comportements de l'enfant;
3. le fait que l'enfant fait grandir les parents;
4. le fait que l'enfant se développe selon un rythme propre comportant continuité et discontinuité;
5. la gestion des conflits: respecter le développement de chaque enfant et celui de l'adulte (distance et souplesse dans la relation) en communiquant l'information utile à la compréhension de ce qui se passe (importance de s'approprier l'information).

(2) Quand bien même l'éducation aux médias audiovisuels nous a appris qu'il ne peut y avoir de réelle spontanéité dans un documentaire puisqu'il correspond, en fin de compte, à ce que le réalisateur a voulu nous montrer ou nous faire passer comme message. Seul un document brut, sans artifice et sans montage, pourrait contenir une certaine dose de spontanéité, altérée malgré tout par la présence inhabituelle de la caméra. Le principe de la caméra cachée, loin d'apporter une solution à ce problème, pose la question du respect de la vie privée et, déontologiquement, les images ne peuvent être utilisées sans l'accord explicite des personnes ainsi filmées.

## ■ Réussir une action intersectorielle en santé

### Introduction

La recherche dont les résultats sont présentés ici visait trois objectifs: d'une part, clarifier conceptuellement la notion d'action intersectorielle en santé; en deuxième lieu, proposer une formulation de cette notion et observer empiriquement quelques projets à partir de la grille de lecture qu'offrait la formulation retenue afin de, troisièmement, fournir des indications concrètes aux personnes qui désirent entreprendre des actions intersectorielles, ce que le discours actuel en promotion de la santé recommande fortement un peu partout dans le monde. Suite à une revue détaillée de la mince littérature sur le sujet et d'autres ensembles de littératures connexes, nous avons constaté un consensus sur le concept et sur la nécessité de l'action intersectorielle en santé, mais peu de consensus sur le processus pour mettre en oeuvre cette dernière.

Nous avons choisi de retenir comme moyen de conceptualiser cette notion l'idée de **coalition**. La théorie des coalitions propose quatre paramètres majeurs: les atouts dont les membres disposent comme moyens d'influence; les avantages qu'ils espèrent retirer de leur participation à la coalition; les liens qu'ils établissent entre eux; le mode de décision déployé au sein de la coalition.

A ces paramètres, nous en avons ajouté un cinquième qui se dégageait d'autres travaux: le mode d'organisation de la coalition. Nous avons utilisé cette grille pour observer des actions intersectorielles concrètes à l'aide d'une méthodologie basée principalement sur l'entrevue d'acteurs clés et sur l'analyse documentaire. Au niveau local, six dossiers ont été étudiés dans le cadre du projet «Ville en santé» d'une municipalité de taille moyenne; au niveau provincial, nous avons abordé deux dossiers, dont un à l'intérieur de l'appareil gouvernemental: la politique alimentaire en milieu scolaire, et l'autre hors de l'appareil gouvernemental: la prévention des trauma-

tismes. De notre première incursion sur l'action intersectorielle, nous concluons que la théorie des coalitions s'avère un outil très utile et que le paramètre qui nous semble le plus important a trait au mode d'organisation de la coalition. Nous formulons finalement une série de suggestions sur des éléments dont il nous apparaît essentiel de tenir compte pour agir intersectoriellement dans le domaine de la santé.

### Revue de la littérature: trois constats

L'action intersectorielle, comme notion, se retrouve dans le discours véhiculé par l'OMS, par les praticiens de la santé communautaire oeuvrant aux niveaux international, national, provincial et même local et, plus récemment, par les politiciens. Il existe un consensus sur la nécessité de l'action intersectorielle.

L'intersectorialité, comme bien d'autres concepts, représente une idée qui n'est pas très appuyée sur les acquis de la science (Pederson et al., 1988). Il est difficile de trouver une définition de l'action intersectorielle et les mécanismes ou les conditions spécifiques pour sa mise en oeuvre sont rarement précisés. La littérature sur l'action intersectorielle est peu abondante et celle sur l'action intersectorielle en santé l'est encore moins. Cependant trois constats principaux se dégagent.

Le premier constat révèle l'existence d'un triple consensus. Le premier élément de consensus porte sur les raisons qui nécessitent une action intersectorielle en santé. L'état de santé est déterminé par des décisions prises dans des secteurs autres que celui des services fournis dans le cadre d'un système de santé et de bien-être. On se doit donc de travailler en relation avec ces secteurs. Le second élément vise la définition de l'action intersectorielle. Elles est vue comme la résultante d'un processus qui permet à des acteurs de différents secteurs de travailler ensemble dans le but de ré-

soudre un problème dont la solution exige une action concertée. Le troisième élément s'appuie sur le fait qu'il faut absolument intervenir de manière intersectorielle si on veut solutionner les problèmes de santé qui affectent les populations.

Le deuxième constat se réfère à l'absence de consensus quand il s'agit de proposer des mécanismes concrets d'intervention intersectorielle. On retrouve un discours logique et généreux mais peu de propositions concrètes solidement ancrées sur le plan scientifique.

Le troisième constat fait suite au bref survol d'une littérature plus scientifique sur les relations interorganisationnelles. Certains éléments centraux reviennent continuellement si l'on veut comprendre les déterminants réels de l'action intersectorielle. C'est ainsi qu'il apparaît indispensable, tout d'abord, de prendre en considération le pouvoir relatif des différents acteurs en présence, c'est-à-dire leur capacité d'influencer les travaux du groupe intersectoriel qui sera constitué. C'est ce pouvoir relatif qui déterminera en bonne partie la manière dont les échanges entre les partenaires se dérouleront et, en bout de piste, qui bénéficiera vraiment de l'existence d'une coalition intersectorielle. Également, il est important de reconnaître que les acteurs individuels ou organisationnels doivent être considérés du point de vue des bénéfices qu'ils peuvent retirer de leur participation à cette action et non seulement du point de vue de la logique ou de la rationalité de recourir à l'action intersectorielle tel que le discours en promotion de la santé le laisse entendre. Même s'ils ont une dimension centrale de l'action intersectorielle, ces intérêts sont généralement peu explicités. Finalement, les liens formels et informels, entre les divers membres du groupe intersectoriel semblent particulièrement importants.

L'ensemble de ces constats nous a conduit à privilégier, comme moyen de conceptualiser l'action intersectorielle en santé, la notion de coalition.

## Théorie des coalitions

Une coalition est définie comme étant faite de deux ou plusieurs parties (individus ou organismes)

- qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs;
- et qui s'entendent sur la répartition des avantages attendus.

Une des premières formulations d'une théorie explicite de la formation des coalitions est proposée par William A. Gamson. Cet auteur soulevait, dès 1961, à peu près tous les points qui feront l'objet de travaux théoriques ultérieurs.

Gamson propose quatre paramètres qui influencent la formation des coalitions. Ces paramètres sont:

- la distribution initiale des moyens ou ressources entre les membres (atouts);
- la part des bénéficiaires qu'un acteur peut espérer retirer de chacune des coalitions (avantages);
- les préférences stratégiques de nature non utilitaire entre les participants tenant à leurs inclinations mutuelles (liens);
- le mode de décision, c'est-à-dire la somme des moyens requis pour franchir le seuil qui permet de contrôler efficacement la décision (mode de décision).

Cette formulation théorique a été approfondie ultérieurement dans les études de plusieurs chercheurs intéressés par les coalitions gouvernementales. Certains travaux ont porté sur les moyens, c'est-à-dire les atouts que possèdent les acteurs lorsqu'ils décident de former une coalition politique. A cet égard, Vincent Lemieux (1991) a proposé une classification des différents types d'atouts que peut posséder un acteur politique. Cette classification, que nous avons utilisée au cours de notre recherche, est la suivante:

- les atouts *normatifs* réfèrent aux idéaux ou aux causes motivant les acteurs;
- les atouts *positionnels* renvoient au statut relié à un poste;
- les atouts *actionneurs* de *commande* ont trait aux moyens dont disposent les autres membres;

- les atouts *relationnels* ont à voir avec l'utilisation faite par un acteur de ses liens ou de ses contacts personnels ou professionnels;

- les atouts *matériels* se rapportent aux ressources financières et matérielles dont dispose un acteur;

- les atouts *informationnels* ont trait à l'expertise possédée par un acteur dans un domaine particulier ou encore aux informations particulières dont il dispose pour influencer les décisions;

- les atouts *personnels* concernent le charisme individuel de l'acteur.

Il ressort de la littérature sur la théorie des coalitions que les quatre paramètres énoncés par Gamson, c'est-à-dire les atouts, les avantages, les liens et le mode de décision offrent une base adéquate pour comprendre la formation et le maintien des coalitions et par ricochet l'action intersectorielle en santé. Soulignons qu'à ces quatre paramètres nous avons décidé d'ajouter un cinquième qui est le **mode d'organisation** et qui réfère aux règles du jeu influençant la situation et le comportement (Hinckley, 1981) ainsi qu'aux conditions dans lesquelles les coalitions étudiées ont fonctionné. Nous allons donc faire, dans la suite, comme si les groupes et comités intersectoriels étudiés étaient des coalitions, et voir comment on peut éclairer leur action en leur appliquant les principaux concepts de la théorie des coalitions.

## Démarche méthodologique

Ce cadre conceptuel a été utilisé dans trois dossiers de fonctionnement intersectoriel afin de dégager des pistes d'action.

### Trois dossiers

Au niveau local, nous avons choisi le projet «Ville en santé» dans une municipalité de taille moyenne. Six projets ont été sélectionnés sur la base de divers types de coalitions:

- une coalition qui se forme et se maintient;
- une coalition qui se forme, se maintient et se transforme;
- une coalition qui se forme mais qui ne se maintient pas.

Au niveau central, nous avons sélectionné, à l'intérieur de l'appareil gouvernemental, le dossier relié à l'adoption d'une politique sur l'alimentation en milieu scolaire pour l'ensemble du Québec et, à l'extérieur de l'appareil gouvernemental, un dossier qui se déroule à plusieurs niveaux, celui de la prévention des traumatismes.

### Notion de succès

La notion de succès pour une coalition se réfère aux critères suivants: pour nous, une coalition qui a réussi est celle qui démarre, qui se maintient dans le temps en se modifiant ou en se réorganisant et qui réalise des activités concrètes en lien avec les objectifs visés.

### Dimension temporelle

Les dossiers retenus avaient une histoire de quelques années. Donc, nous avons retenu une distinction temporelle: d'une part, l'émergence qui se traduit dans le cadre de la présente recherche par le démarrage de la coalition par des acteurs qui ont travaillé «intersectoriellement» sur chacun des dossiers retenus; d'autre part la mise en oeuvre, c'est-à-dire le maintien ou la transformation de la coalition à moyen terme une fois bien amorcées les activités du comité en charge du dossier (2 ans).

### Stratégie de cueillette de données

Notre stratégie de cueillette d'informations comprenait une série d'entrevues semi-structurées, un questionnaire et une analyse documentaire. Les différents outils, construits pour ces opérations de cueillette, s'inspirent des cinq paramètres déjà évoqués, à savoir: le mode d'organisation (de la coalition), les atouts, les avantages, les liens et le mode de décision.

### Limites de la recherche

Notre recherche est une démarche exploratoire qui nous permet d'observer comment les paramètres de la théorie des coalitions se manifestent aux deux niveaux étudiés. Le mode de sélection des dossiers empiriques, retenus pour l'étude, a été fait pour différentes raisons (divers niveaux, dos-

## Graine de champion

Les parents, les enseignants, les entraîneurs et même les médecins peuvent être amenés à se poser des questions concernant le sport et l'enfant: à quel âge commencer? quel sport recommander pour tel ou tel enfant? quelle diététique pour l'enfant sportif, comment traiter fatigue ou surmenage? quelle dose d'entraînement conseiller? comment prévenir le dopage?... Les problèmes posés sont variés.

Les auteurs de «Graine de champion» sont pédiatres et spécialisés en médecine sportive. Ils répondent à toutes ces interrogations et réfutent les idées fausses.

Après avoir expliqué comment l'organisme s'adapte à l'effort, ils recensent et présentent les tests relatifs à la pratique du sport et tout ce qui a trait au suivi médical. Ils apportent aussi quelques conseils pratiques pour soigner et prévenir les blessures.

Ils présentent également une méthode originale d'entraînement personnalisé, le **self**. Voyez comment les auteurs le décrivent brièvement:

«Principes du **self**: l'entraînement est global, préventif, éducatif, progressif et personnalisé.

Global: bien qu'il concerne avant tout l'endurance, il développe aussi résistance, coordination, détente, qualités musculaires.

Educatif et préventif: il apprend les étirements, le travail proprioceptif, la relaxation, et améliore la qualité de la respiration.

Progressif: les exercices sont de difficulté croissante.

Personnalisé: la progression est fixée et adaptée pour chaque enfant.

**Self** agit comme une vaccination avec un «primo-entraînement» et des «rappels d'entraînement» répartis sur la saison sportive. (...)



DUPUIS J.M., DAUDET G., *Graine de champion. L'enfant - la santé - le sport*, Paris: Editions CIEM, 1991, 142 pages, 120FF.■

## Santé publique

Cette «revue pour la recherche, l'analyse et l'action», fondée en 1988, change de formule aujourd'hui, une bonne occasion pour vous la présenter. L'ambition de départ de réconcilier en un même lieu la recherche et l'action en santé publique n'a pas toujours été rencontrée. Il est vrai (et nous le savons bien à Education Santé), qu'il est plus facile de trouver des auteurs désireux de partager leurs réflexions théoriques que des praticiens de terrain ayant la fibre communicatrice.

Comme le souligne justement l'éditorial du n°1, «même si cet aspect du problème est, somme toute secondaire, la situation est claire: des pans entiers du savoir et de la culture de santé publique restent non transmis; les professionnels de terrain manquent de l'évaluation par les pairs (...); faute

d'être relatés, nombre de travaux restent ignorés; d'autres mènent des travaux identiques, sans que les auteurs des premiers puissent transmettre leur expérience - positive ou négative -; comme il y a peu de publications, les praticiens concernés lisent assez peu, et entreprennent leurs actions sans pouvoir les fonder sur le savoir accumulé».

Espérons que le message des éditeurs sera entendu. En attendant, sachez qu'ils attendent vos propositions d'articles en santé publique, pour alimenter les rubriques suivantes: études, expériences et analyse des pratiques de terrain, politiques de santé, opinions, revue de la littérature.

### Au sommaire

#### Pratiques

Audit sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans une clientèle de médecine générale  
Prévention du sida chez les 16-25 ans: évaluation d'une action menée en discothèque

A propos de l'efficacité des services prénatals dans les pays développés

#### Politiques

La promotion de la santé en faveur des élèves en 1991-1992 et 1992-1993

#### Etudes

La loi Evin relative à la lutte contre le tabagisme: presse et opinion face à son application

#### Opinions

L'Association américaine de santé publique et le projet Clinton de réforme du système de santé

*Santé publique*, BP 7, 64501 Vandoeuvre lès Nancy Cedex, France. Abonnement annuel (4 numéros): 530 FF.■

soutien des initiatives de rencontres entre les générations pour que l'on ne raisonne plus en termes de dépendance, mais d'interdépendance.

*Atout âge. Intergénération et promotion de la santé, C.F.E.S., Vanves, 1993, 178 p. ■*

## ■ Le tabac. L'esprit des lois

La revue française "Textes et documents pour la classe", éditée par le Centre national de Documentation Pédagogique, propose aux enseignants de la fin du primaire au secondaire des dossiers et articles sur des thèmes à aborder en classe (un peu dans l'esprit d'Actualquarto chez nous).

Elle collabore régulièrement avec le Comité Français d'Education pour la Santé, pour présenter des dossiers santé. C'est à nouveau le cas pour ce dossier sur le tabac.

Le premier texte concerne la législation française sur le tabagisme et sur la publicité.

Un article présente ensuite les effets du tabac sur la santé. Le CFES se livre à une analyse de ses campagnes grand public de prévention du tabagisme (cet article est destiné aux niveaux supérieurs du secondaire, semble-t-il).



Et ainsi de suite, les articles se succédant, s'adressant les uns aux plus jeunes, les autres aux plus âgés, parlant du tabagisme passif ou de la politique de santé publique, toujours supports d'une réflexion en classe sur le tabac.

*Le tabac. L'esprit des lois, textes et documents pour la classe, n°674, avril 1994, 38p.*

*Centre national de Documentation Pédagogique, 29 rue d'Ulm, F-75230 Paris Cedex 05, tél. 46.34.90.00. ■*

## ■ Un nouveau format pour des conseils santé

Les éditions Soumilion, déjà connues pour leur «Collection conseil», ont décidé dans le courant de l'année 1993 de consacrer une nouvelle collection au thème de la santé. Un peu plus grands que les ouvrages «Collection conseil», les «Conseils santé» se présentent sous la forme de petits livres d'une soixantaine de pages, faciles à consulter et peu encombrants (13,5 x 18,5 cm). Ils s'adressent à un large public et s'attaquent à des problèmes de la vie quotidienne (maux de tête, de ventre,...). Les informations qu'ils diffusent sont à la fois claires, abordables par tous et assez complètes, ponctuées par des symboles qui annoncent une remarque plus importante ou un bon conseil à suivre.

Actuellement trois numéros de la collection sont déjà sortis.

«Migraine, la soulager...enfin!» différencie les cas de migraine réelle et les maux de tête ayant des causes variables, et aborde les origines et traitements de ces affections.

«Combattre la fatigue» envisage les différents types de fatigue, leurs causes et les moyens de lutter contre une fatigue excessive.

«Une bonne digestion. Maux d'estomac et de ventre» explique le système digestif et donne des conseils utiles pour aider la digestion.



*Les livres «Conseils santé» peuvent être obtenus au prix de 149 FB en librairie ou à 160 FB (port compris) à l'adresse suivante: Soumilion, avenue Massenet 28, 1190 Bruxelles. ■*

## ■ Sexualité et immigration

Les femmes et les hommes naissent égaux en droit. Mais dans le domaine sexuel, les femmes musulmanes sont moins égales que d'autres. Les témoignages recueillis en font le constat. Les plaintes de ces femmes concernant des maux divers sont révélatrices, pour qui sait écouter, d'un dysfonctionnement sexuel. D'où naît celui-ci? Y a-t-il des solutions? Les conclusions sont amères mais pourtant une forme de compensation réside dans la dérision et la complicité des femmes entre elles.

Ces questions sont abordées dans le «Cahier du G.E.R.M.» (numéro 228), qui vient de sortir de presse sous le titre «Les troubles de la sexualité chez les femmes issues de l'immigration musulmane».

*Ce numéro peut être obtenu au prix de 250 FB à l'adresse suivante: G.E.R.M., chée de Waterloo 255, bte 12, 1060 Bxl; tél.: 02/534.42.54. ■*

siers s'échelonnant sur une durée satisfaisante, divers degrés de succès). Cette façon de faire s'inscrit dans une perspective utilitaire davantage scientifique.

Dans cette optique, il est bien entendu que les suggestions de pistes d'action qui émergent de notre recherche doivent tenir compte du fait que notre démarche empirique est limitée et que des travaux beaucoup plus élaborés seront nécessaires afin de valider de manière plus rigoureuse et plus approfondie nos propositions sur l'action intersectorielle. Toutefois, si on les utilise avec prudence, nos recommandations, malgré leur fragilité, devraient permettre aux intervenants de mieux maîtriser l'action intersectorielle, quitte à attendre les résultats de prochaines recherches pour avoir des certitudes plus grandes.

Le choix de trois dossiers à deux niveaux différents est évidemment loin d'être optimal pour en arriver à des conclusions définitives sur l'action intersectorielle en santé. Idéalement, il nous aurait probablement fallu explorer verticalement plusieurs dossiers à tous les niveaux où une action est susceptible de se dérouler (local, régional, provincial, national et international). Compte tenu des ressources dont nous disposons, ce choix nous a semblé toutefois utile pour commencer à cerner la pertinence de la théorie des coalitions dans l'action intersectorielle et pour faire un certain nombre de recommandations.

## Principaux constats selon les paramètres

Les principaux constats qui se dégagent de l'analyse des projets aux niveaux local et central sont présentés à partir des paramètres identifiés dans notre cadre conceptuel, à savoir le mode d'organisation de la coalition, les atouts que possèdent les membres, les avantages recherchés par chacun, les liens établis entre eux et le mode de décision. Nous tenons à souligner que ces constats qui mettent en lumière certains éléments reliés au succès de la formation et au maintien de la coalition ne sont pas automatiquement généralisables à toutes les activités intersectorielles menées dans

le cadre de «Villes et villages en santé» et au niveau central. Toutefois, ils peuvent permettre de commencer à discerner des éléments potentiellement importants pour l'action concrète.

## Mode d'organisation

Le mode d'organisation de la coalition réfère aux règles du jeu qui influencent la situation et le comportement des membres. Ce paramètre, ajouté aux quatre paramètres proposés par Gamson, permet de préciser le contexte de fonctionnement des diverses coalitions étudiées. Le mode d'organisation est le paramètre qui semble avoir le plus d'impact en regard du travail intersectoriel en santé.

Des trois dossiers étudiés, une constante se dégage: au moment de l'émergence, le choix des personnes composant la coalition se fait sur une base individuelle, entre des gens qui se connaissent déjà et qui se cooptent pour travailler à une cause commune en laquelle ils croient. Cela s'est avéré le cas même pour le comité interministériel, où pourtant les processus et les procédures sont plus formels. En général, nous avons aussi observé que plus le temps avance et plus la coalition est en phase de maintien, plus le choix des nouveaux membres devient plus formel. La stratégie consiste à identifier les groupes ou organismes pertinents, et à obtenir que certains individus plutôt que certains autres soient mandatés. Il nous a cependant été impossible d'estimer si ce changement dans le mode de nomination au cours de l'évolution de la coalition est un facteur de survie ou d'éclatement de la coalition.

Un élément du mode d'organisation, qui se révèle également important et qui a un impact majeur sur l'action intersectorielle, est le rapport au politique des acteurs qui y sont impliqués. Ce rapport, qui revêt généralement une importance capitale, signifie que le dossier est porté en partie ou pas du tout par des élus.

De plus, un autre élément qui semble constant est le caractère concret des projets à réaliser. Le projet peut être d'envergure limitée (une récolte annuelle de déchets domestiques dangereux) ou considérable (l'écriture d'un énoncé de politique gouvernementale). Toutefois, s'il n'existe pas

de projet précis à réaliser, il y a fort à parier que le comité intersectoriel accomplira peu de choses. Un minimum de moyens de fonctionnement (ressources humaines, matérielles et financières) est habituellement requis pour que le comité progresse bien. Nous avons de plus constaté que l'établissement et le maintien d'un lien concret avec des organismes de terrain sont des garanties supplémentaires de succès, qu'on soit au niveau provincial ou local.

## Atouts

Les atouts représentent les moyens que possèdent les acteurs lorsqu'ils décident de former une coalition. Les atouts, mentionnés lors des entrevues avec les membres des projets étudiés tant aux niveaux local que central, ont été classifiés selon les types: normatif, positionnel, actionneur, relationnel, matériel, informationnel, personnel. Il ressort que la croyance en la cause (atout de type normatif), l'influence reliée au poste occupé (type positionnel) et à l'expertise possédée (type informationnel) sont les types d'atouts qui ont été le plus souvent mentionnés. Toutefois les leaders des coalitions étudiées possèdent plusieurs types d'atouts et à l'inverse le peu d'influence exercée par certaines personnes semble reliée à l'absence d'atouts précis.

En somme, les principaux atouts dont disposent les membres des comités pour faire valoir leur point de vue sont de type normatif, positionnel et informationnel, même si l'atout de type personnel a fréquemment un effet important. L'atout de type relationnel semble jouer un rôle plus important dans une approche de groupe de pression. Il est intéressant de souligner que le mode d'organisation de la coalition est déterminant car s'il est nécessaire d'avoir des personnes ayant des moyens d'influence jugés importants au sein de la coalition, encore faut-il que la coalition soit le lieu réel où se prennent les décisions. Sinon, les atouts d'un acteur ne pourront avoir que peu d'influence réelle sur les décisions. Finalement, les atouts actionneurs de type commande (moyens dont dispose un acteur pour agir directement sur les autres) et de type matériel (ressources généralement liées à

la position occupée) n'ont pu être mis en lumière de façon très spécifique dans les projets étudiés.

### Avantages recherchés

Les avantages ou bénéfices recherchés par les acteurs, qui décident de travailler ensemble plutôt qu'isolément au sein des coalitions étudiées tant au niveau local qu'au niveau central, sont majoritairement de type normatif alors que les avantages de type positionnel ou informationnel bien qu'importants se retrouvent généralement cités en deuxième ou troisième lieu. La classification des avantages est la même que celle utilisée pour les atouts.

Il est intéressant de constater que les avantages de type normatif, c'est-à-dire la possibilité de faire avancer une cause à laquelle les membres croient, sont généralement les plus importants dans tous les dossiers étudiés surtout lors de l'émergence du projet. Cela semble d'une certaine manière intrigant car les avantages de type positionnel, comme celui de faire avancer les dossiers prioritaires reliés à la position occupée (en tant qu'individu ou en tant qu'organisme), auraient pu être les plus fréquemment mentionnés. Les avantages de type positionnel se retrouvent généralement en second ou en troisième lieu, au même palier que les avantages de type informationnel, c'est-à-dire le développement de l'expertise ou l'accès à des informations privilégiées.

Dans les cas observés, les avantages de type relationnel, personnel ou matériel ont été moins mentionnés. Il s'agit peut-être d'un artifice méthodologique parce que ces informations sont en général plus délicates à obtenir (ou à admettre de la part des personnes en cause...). De fait, ces avantages sont probablement plus recherchés que semblent le démontrer les dossiers étudiés. Comme c'est au nom de la santé que les membres acceptent de coopérer, il subsiste peut-être aussi un certain idéalisme à ne pas sous-estimer. Finalement, il a été constaté que, même dans le cadre d'un mandat confié par une organisation, tout individu qui participe à une coalition doit retirer des avantages personnels sinon il quittera ou s'il doit demeurer

au comité, de par son mandat, il ne jouera qu'un rôle minimal.

### Liens

Les préférences stratégiques non utilitaires entre les acteurs appelés à former une coalition représentent un phénomène omniprésent. En effet, les motivations psychologiques ou non rationnelles (idéologie, amitié, etc) jouent un rôle important dans les alliances. Ce paramètre tend à remettre en question un préjugé tenace, à savoir que les acteurs membres d'une coalition sont des êtres rationnels dont les décisions ne seraient motivées que par des gains économiques ou autres qu'ils retiennent de leur participation.

Dans les dossiers étudiés, il a été observé que l'existence des liens préétablis était très importante dans le choix des personnes lors de l'émergence du comité. Ces liens se trouvaient parfois à la base de la création de sous-groupes à l'intérieur du comité ou, comme dans le dossier sur la prévention des traumatismes, ils pouvaient fonder la stratégie d'intervention mise en avant par le comité des Départements de santé communautaire. Il faut souligner que de tous les paramètres, il est le plus difficile à documenter et celui sur lequel il est le plus difficile de conclure.

### Mode de décision

Contrairement aux coalitions politiques où le choix des différentes modalités de prise de décision représente un élément de fonctionnement majeur, la règle de décision dans les dossiers étudiés est généralement celle de la collégialité ou du consensus. A l'occasion, des procédures plus formelles (tels le vote ou l'utilisation du groupe nominal) sont utilisées pour quelques dossiers plus litigieux.

Les coalitions intersectorielles supposent la collégialité et par le fait même elles sont vouées au consensus. Cependant, lorsque des différends apparaissent, il est important pour la coalition de développer des mécanismes efficaces de résolution de conflit. Le leader du comité intersectoriel a le rôle (formel ou informel) de favoriser un climat de travail afin que la collégialité s'exerce et que les conflits se règlent.

### Action intersectorielle: conditions de succès

Les principaux résultats, présentés paramètre par paramètre (mode d'organisation, atouts, avantages, liens, mode de décision), permettent de dégager certains éléments de recommandations qui peuvent être vus comme des conditions de succès de la coalition. Etant donné les limites de la recherche, déjà évoquées, ces éléments de succès ne sont pas encore généralisables et doivent donc être utilisés avec beaucoup de discernement.

### Mode d'organisation

Le mode d'organisation de la coalition réfère aux règles du jeu qui influencent la situation (nombre d'acteurs, enjeu, règle de décision) et le comportement des acteurs (règles de négociation et incitatifs). Ce paramètre, que nous avons ajouté aux quatre paramètres proposés par Gamson est celui qui semble avoir le plus d'impact en regard du travail intersectoriel en santé. La théorie des coalitions a surtout été élaborée à propos des coalitions politiques, dans des expériences de laboratoire ou à travers des modèles économiques. Son application à d'autres types de milieux nécessite donc qu'on soit particulièrement attentif au contexte où cette théorie est utilisée, ce que permet justement le paramètre du mode d'organisation.

Certains éléments se dégagent des dossiers étudiés et ils nous amènent à proposer quelques recommandations que toute personne désireuse de réussir doit avoir à l'esprit lorsqu'elle s'engage dans une action intersectorielle. Ces éléments qui semblent avoir un impact déterminant sur le degré de réussite d'un projet sont les suivants: la sélection des membres, la présence du politique, le caractère concret du projet, la structure minimale.

### Sélection des membres

- Etant donné que lors du démarrage d'une coalition, le choix des membres se fait sur une base individuelle, entre des personnes qui se connaissent, qui se cooptent pour travailler à une cause commune en laquelle elles croient;

des experts de la commission d'autorisation de mise sur le marché, puis encore mis à l'épreuve par les médecins et les malades (ici encore toutes une série d'essais et d'évaluation sont mis en oeuvre). Une fois mis sur le marché, le médicament est encore sous haute surveillance. Un chapitre est ainsi consacré à la pharmacovigilance.

Pour terminer cette deuxième partie, une large place est laissée au «phénomène» placebo (très important dans le cadre de ces innombrables essais et évaluations du médicament), ainsi qu'au bon usage du médicament.

La troisième partie explique comment un médicament peut disparaître du marché, «mis à mort» pour raison de sécurité (curieusement, ce document ne s'étend pas sur le sujet!), ou de mort naturelle, pour des produits anciens, concurrencés par de plus «jeunes» mieux adaptés aux traitements actuels ou présentés sous une forme plus «moderne».

Voici donc un bon dossier réalisé par des professionnels du médicament (côté médecins, pharmaciens et pouvoirs publics, pas côté industriel), désireux de fournir une documentation sérieuse sur leur pratique.

**BOLIVENOT G., ESCHWEGE E., SCHWARTZ D.,** *Le médicament. Naissance, vie et mort d'un produit pas comme les autres*, Paris: Ed. INSERM / Ed. Nathan, 1993, (Dossiers documentaires), 111 pages.■

### Education pour la santé en Europe: rôle des médecins

Le rapport de la Commission Préventive et Environnement du Comité Permanent des Médecins de l'Union Européenne porte un titre alléchant: "La prévention et l'éducation pour la santé dans l'Union Européenne: rôle de la profession médicale". En parcourant le rapport, qui présente de façon très schématique l'état de la situation dans les 12 pays de l'Union, on reste sur sa faim. S'agissant du rôle spécifique du médecin, le rapport se

contente la plupart du temps de déclarations d'intention ou de formules vagues qui ne permettent pas d'évaluer réellement le travail accompli par les praticiens.

Jugez-en plutôt d'après la synthèse de l'étude:

"La formation du médecin en Europe en matière de prévention est en principe intégrée au sein du cursus universitaire. Cette formation est avant tout théorique. Elle n'intègre que rarement la formation à l'éducation pour la santé. Les médecins généralistes ont donc une formation spécifique insuffisante voire absente en éducation pour la santé.

L'éducation et la promotion de la santé font pourtant partie de l'exercice habituel du praticien. Les médecins généralistes en particulier ont un rôle essentiel dans la prévention des maladies, la prolongation de la vie et la promotion de la santé des populations."

Voilà qui a au moins le mérite de la lucidité.

Secrétariat du Comité Permanent, av. de Cortenbergh 66/2, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/732.72.02.■

### Tabac et alcool chez les jeunes

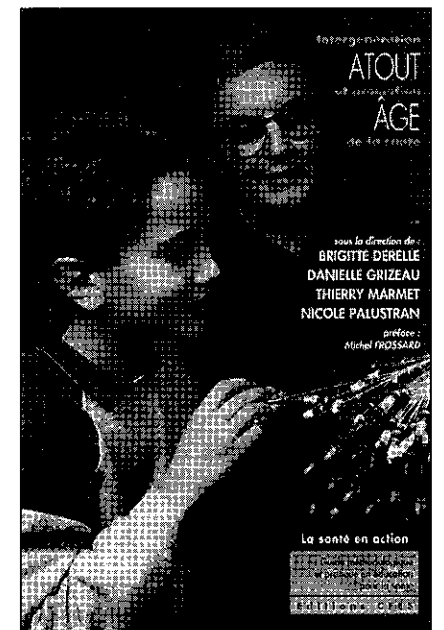
Le n° 14 de Santé Pluriel, série de Documents de travail éditée par Promes (Ecole de Santé Publique (ILB) présente quelques résultats de l'enquête OMS (1990) sur les comportements de santé des jeunes. Les données concernent la consommation de boissons alcoolisées et les habitudes tabagiques.

Le document met de façon judicieuse les chiffres et résultats en perspective en questionnant leur signification pour des programmes d'intervention. Interrogations bien utiles quand on sait que ces programmes font parfois plus de tort que de bien!

*Consommation de boissons alcoolisées et habitudes tabagiques des jeunes: résultats partiels de l'enquête comportements de santé des jeunes - 1990. Disponible à Promes, route de Lennik 808, CP590, 1070 Bruxelles.■*

### La solidarité inter-âges au quotidien

Face aux discours actuels qui affirment la destruction des liens familiaux, l'abandon des aînés par les plus jeunes ou l'aide non réciproque apportée par leurs enfants aux personnes âgées, le Comité Français d'Education pour la Santé et la Mutualité Française affirment l'existence d'une interdépendance entre les générations.



Leur guide «Atout Age. Intergénération et promotion de la santé» est basé sur une expérience commune menée à Alençon, Bastia, La Roche-sur-Yon et Saint-Etienne. A travers diverses actions qui ont remporté un vif succès, mettant en présence jeunes et moins jeunes, ce programme a révélé un besoin de contacts et d'échanges qui prouve la nécessité d'organiser notre société autour de la relation entre les générations.

Par ces rencontres, loin d'être mises au ban de la société, les personnes âgées ont guidé les jeunes et les ont aidés à bâtir des relations sociales, à repérer leur rôle et leur place dans cette société, à se situer en tant que citoyens. Tout en se rendant utiles par ce rôle social, elles ont apporté aux plus jeunes plus qu'on pouvait l'espérer.

Forts de cette expérience, la Mutualité Française et le C.F.E.S. prônent le

## ■ Promotion de la santé en Communauté française

L'Observatoire, revue d'action sociale et médico-sociale, publie dans son numéro 3/1994 un dossier d'une cinquantaine de pages intitulé "La promotion de la santé en Communauté française: pour quoi? par qui? et pour qui?"

Il s'agit d'une intéressante mosaïque de textes, illustrant bien la richesse du secteur sur le plan de la réflexion théorique et des initiatives concrètes. Evidemment, ce dossier n'apprendra pas grand chose à nos fidèles lecteurs. Ils connaissent déjà la plupart des auteurs, dont plusieurs sont membres du comité de rédaction d'Education Santé. En outre, la plupart des aspects de la question traités par le dossier ont aussi déjà été développés dans notre publication.

Par contre, pour un public moins familiarisé avec notre secteur, cela permet une mise au courant rapide et agréable à lire.

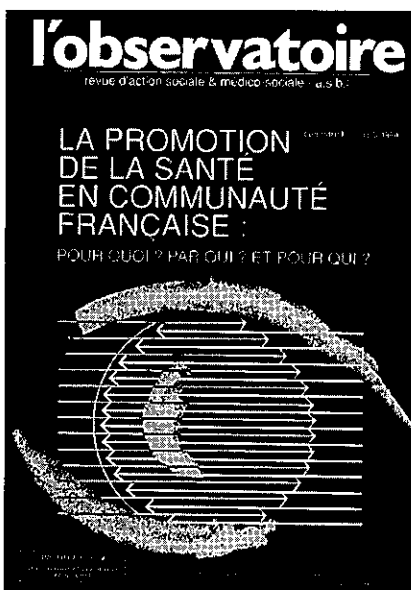
Au sommaire:

- Editorial, par Laurette Onkelinx;
- Une histoire du concept et des actions de promotion de la santé, par Danielle Piette;
- Les plans et les programmes de santé, par Luc Berghmans;
- L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique: modèle épidémiologique ou modèle communautaire?, par Michel Demarteau;
- La documentation en éducation pour la santé: outil d'action et de formation, par M.A. Bertrand-Baschwitz et Alain Deccache;
- L'éducateur pour la santé: une nouvelle profession?, par Colette Schoonbroodt et Arthur Gélinas;
- Vous n'êtes pas seul... une structure de soutien est à votre disposition, par Pierre Anselme;
- Le programme de vaccination en Communauté française, par B. Swennen, M.C. Miermans et P. Thieffry;
- La formation des agents de santé scolaire dans le cadre du program-

me "Je mange bien à l'école" (1), par Chantal Vandoorne;

- Prendre des risques pour diminuer le nombre d'accidents, par Martine Bantuelle;
- Des chemins sans risque dans la maison. Prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées, par Carine Lorent;
- Action provinciale en matière de prévention d'inceste et d'abus sexuel, par l'équipe du Centre d'Information et de Prévention pour le Respect de l'Enfant et de l'Adolescent (CIPREA);
- Formation des adultes en communication sociale et toxicomanie, par Nicole Sténuît;
- Le dépistage du cancer du sein. Défi sociologique ou défi médical?, par Pierre Bartsch
- Conclusions, par Roger Lonfils (qui souffle un vent glacial sur le secteur...).

Notons aussi que le dossier est illustré par d'étonnantes reproductions d'affiches datant de 1922 et visant la prophylaxie de la tuberculose.



L'Observatoire, rue des Augustins 30, 4000 Liège. Tél.: 041/23.38.04, poste 412. L'abonnement annuel coûte 1.100 FB (individuel), 1.400 FB (collectif), 2.000 FB (étranger). ■

(1) Nous publierons le mois prochain un supplément présentant les résultats de l'évaluation à court et moyen termes de l'application du programme dans 35 écoles de la région liégeoise

## ■ Le médicament

### Naissance, vie et mort d'un produit pas comme les autres

«Le médicament a révolutionné la médecine; avec les vaccins, il a quasi supprimé la mortalité infantile dans les pays industrialisés; avec la pilule, il a radicalement modifié le comportement des femmes et des hommes. Pour le produire s'est développée une industrie considérable, qui contribue aussi à la recherche médicale. Le médicament reflète l'état d'une société.

Dans le médicament, les uns ont une «croyance» absolue; d'autres vilipendent ce remède contre nature; bien peu sont indifférents. Mais combien savent ce qu'il est? Beaucoup de livres traitent du médicament: de son activité pharmacologique, de son évaluation ou de ses aspects scientifique, éthique ou réglementaire. Mais il n'existe guère de livre rassemblant ces diverses informations. C'est l'ambition de cet ouvrage de raconter comment un médicament est conçu, naît, vit et meurt.»

Ce document publié par l'INSERM (l'Institut National français de la Santé et de la Recherche Médicale) fait en effet le tour du sujet. Dans une première partie, on apprend comment sont découvertes les molécules qui pourraient devenir des médicaments, on suit leur long parcours fait d'innombrables essais, d'abord par expérimentation animale (un chapitre aborde les problèmes de législation, de limites et d'abus possibles de ce type d'expérimentation ainsi que les solutions alternatives éventuelles), puis par essais cliniques, avec les délicats problèmes éthiques et législatifs que ces expérimentations peuvent poser.

Un chapitre illustre la «machinerie» mise en oeuvre pour évaluer un traitement, par trois exemples: l'essai de l'AZT dans le traitement du sida, l'essai d'un vaccin contre la poliomyélite, et la tentative d'évaluation d'un traitement homéopathique.

La deuxième partie est une suite logique de la première, puisqu'on y découvre comment un candidat-médicament est soumis à l'appréciation

- Etant donné également qu'à la phase de maintien le choix des nouveaux membres se formalise, c'est-à-dire que les groupes ou organismes pertinents sont identifiés mais qu'il existe des façons de faire pour obtenir que certains individus plutôt que certains autres soient mandatés,

nous recommandons:

- que les individus choisis puissent agir de façon convergente en termes d'atouts, d'avantages, de liens et de participation à la prise de décision;
- que les individus choisis puissent être, par la suite, mandatés par leur organisme;

- qu'une attention particulière soit portée à la période éventuelle de transition entre la phase d'émergence et celle de maintien du projet.

### Présence du politique

- Etant donné que le rapport au politique des acteurs qui y sont impliqués a une importance déterminante sur le degré de réussite du projet,

nous recommandons:

- que les membres du projet puissent prévoir une liaison directe avec le politique ou une liaison suivie par l'intermédiaire de l'administratif.

### Caractère concret du projet

- Etant donné que le projet à réaliser, s'il veut émerger, se maintenir et produire le résultat escompté a plus de chance de réussir s'il a un caractère concret plutôt qu'abstrait,

nous recommandons:

- que les membres puissent formuler des objectifs d'action concrète dès le début du processus de réalisation du projet;
- que les membres puissent établir et maintenir une liaison concrète avec des organismes de terrain (garantie supplémentaire de succès).

### Structure minimale

- Etant donné qu'un minimum de structure de fonctionnement (ressources matérielles, personnelles et financières) est habituellement requis pour que le comité progresse,

nous recommandons:

- que les membres puissent compter sur un support minimal de l'instance supérieure variant selon les acteurs et les ressources institutionnelles que ces acteurs possèdent.

### Atouts

Les atouts sont des moyens ou des ressources qui permettent à des acteurs d'exercer une influence sur d'autres acteurs. Les atouts peuvent être de type normatif (idéal), positionnel (statut), actionneurs (commande), relationnel (contact), matériel (support), informationnel (expertise), personnel (prestige).

Dans les dossiers étudiés,

- Etant donné que ce sont les atouts de type normatif (croyance en la cause), positionnel (poste occupé) et informationnel (information et expertise) qui dominent;

- Etant donné que le type d'atout 'habileté personnelle' joue fréquemment un rôle important;

- Etant donné que le type d'atout 'commande sur des ressources' se trouve généralement lié à la position occupée par la personne;

nous recommandons:

- que les personnes les plus influentes puissent avoir comme pré-requis une influence reliée à la cause et que cette influence puisse se jumeler à un pouvoir d'expert et à un pouvoir relié à la position;

- que les membres puissent avoir des atouts différents afin de maximiser les avantages à retirer de la coalition;

- que les membres de la coalition qui se trouvent dans une situation de pouvoir minimal puissent avoir la possibilité de «tirer leur épingle du jeu», grâce à des habiletés personnelles;

- que les membres de la coalition puissent avoir la perception que l'influence est partagée entre eux.

### Avantages

Les avantages représentent la part de bénéfices qu'un acteur peut espérer retirer de la coalition. Les types

d'avantages se réfèrent à la même classification que celle des atouts (ci-haut mentionnée).

- Etant donné que les avantages de type normatif, c'est-à-dire la possibilité de faire avancer une cause à laquelle on croit, sont généralement les plus importants dans les dossiers étudiés et surtout lors de l'émergence d'un projet;

- Etant donné que les avantages de type positionnel se trouvent généralement au second ou au troisième rang dans les avantages recherchés;

- Etant donné que les avantages de type informationnel, c'est-à-dire l'expertise particulière ou l'accès à des informations privilégiées, sont également soit au deuxième, soit au troisième rang;

- Etant donné que dans les cas observés, les avantages de types relationnel, personnel ou matériel ne sont pas revenus fréquemment;

- Etant donné que même dans le cadre d'un mandat confié par une organisation, tout individu participant à une coalition doit retirer des avantages sinon il quittera ou, s'il est forcé par son mandat à demeurer, ne jouera qu'un rôle minimal;

nous recommandons:

- que les membres de la coalition puissent rechercher des avantages reliés à la cause, à la position occupée ou à l'expertise possédée;

- que les membres puissent avoir des intérêts communs sinon compatibles;

- que les membres puissent avoir le sentiment que les avantages sont partagés.

### Liens

Les liens représentent un paramètre important mais difficile à explorer car il s'agit de relations personnelles entre les acteurs. Ces liens peuvent être motivés par des gains économiques, mais ils sont souvent non-utilitaires, ce qui est le cas des liens d'affinité ou d'amitié, des liens de rivalité ou d'inimitié et des liens de neutralité ou de non-engagement.

- Etant donné que l'existence de liens préalables s'avère important dans les

choix des personnes lors de l'émergence de la coalition;

- Etant donné que ces liens sont parfois à la base de la création de sous-groupes à l'intérieur du comité ou encore à la base de la stratégie d'intervention;

nous recommandons:

- que la compatibilité soit possible entre les membres pour ce qui est de leurs attitudes ou de leur vision sociale;

- que les liens entre les principaux membres soient positifs pour que le consensus ne soit pas menacé.

**Mode de décision**

- Etant donné que dans les dossiers que nous avons observés, la règle de décision est à peu près toujours la collégialité et le consensus avec, à l'occasion, des votes ou des procédures plus formelles pour certains dossiers plus litigieux;

- Etant donné qu'il est nécessaire de développer des mécanismes de résolution de conflits;

nous recommandons:

- que les membres utilisent le plus souvent possible le mode collégial dans leur prise de décision;

- que les membres de la coalition puissent se donner des mécanismes de résolution des conflits;

- que la personne qui assume le leadership de la coalition ait un rôle d'animation plutôt que de contrôle autoritaire.

**Conclusion**

A l'issue de cette première recherche sur l'action intersectorielle en santé, nous nous retrouvons plus avancés qu'au début, mais nous sommes conscients de tout le chemin qu'il reste à parcourir pour avoir une compréhension plus fine de cette action.

Par rapport à nos deux premiers objectifs, nous sommes convaincus d'avoir positionné de manière appropriée, sur le plan conceptuel, toute la problématique de l'intersectorialité en

santé et de détenir, avec la théorie des coalitions, un filon très valable pour la compréhension plus approfondie de cette problématique.

Par rapport à notre troisième et dernier objectif, nous avons offert une série de conclusions préliminaires et de recommandations qui, si elles sont utilisées avec prudence, permettront certainement aux intervenants en santé communautaire d'agir avec plus de discernement.

Nous sommes toutefois conscients de n'avoir qu'effleuré un sujet qui demandera encore de nombreux approfondissements, avec des recherches plus systématiques et plus considérables. Il serait notamment intéressant de comparer plusieurs projets intersectoriels de même niveau ou des projets de niveaux différents afin d'identifier de manière plus précise les conditions de succès de l'action intersectorielle en santé selon le niveau, selon la durée, selon le paramètre ou selon le type d'acteur.

Nous sommes finalement convaincus d'avoir posé les fondements scientifiques de ces travaux ultérieurs. De plus, il nous apparaît encore plus clairement qu'au début de la recherche que le travail intersectoriel, même s'il pose des défis considérables, va devenir une nécessité incontournable dans la mesure où le désengagement financier de l'Etat-providence va s'accroître. Espérons que la modeste contribution que nous avons présentée ici stimulera d'autres travaux et permettra des interventions moins naïves et plus fructueuses de la part des gens oeuvrant en promotion de la santé!

Jean-Paul Fortin, Gisèle Groleau, Vincent Lemieux, Michel O'Neill, Paul A. Lamarche

*Le rapport complet sur cette recherche est disponible au Centre de promotion et d'information du Réseau québécois de Villes et Villages en Santé, Hôpital du Saint-Sacrement, 1050 Chemin Sainte Foy, Québec, Qc, Canada, G1S 4L8. ■*

**Bibliographie**

BOLDUC, N., LEMIEUX, V., (1992), *Les facteurs influençant la formation des coalitions*, Département de science politique, Université Laval, Québec.

CHARTE (1986), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, OMS, Santé et Bien-être Social Canada et Association Canadienne de Santé Publique, 8p.

DE LEEUW, E. & HUEBEN, F., (1991), *Intersectorale samenwerking: de theorie en de praktijk*, in DE LEEUW Evelyne, *Gezonde steden: lokale gezondheidsbevordering in theorie, politiek en praktijk*, Maastricht, Van Gorcum, 313p.

FORTIN, J.-P. et al., (1991), *Les conditions de réussite du mouvement québécois de "Villes et villages en santé"*, Unité de recherche en santé communautaire du CHUL et Université Laval, Québec, 123p.

FORTIN, J.-P. et al. (1992), *"Villes et villages en santé: les conditions de réussite"*, Promotion de la Santé/Health Promotion, 31(2):6-10.

GAMSON, W., (1961), *A theory of coalition formation*, American Sociological Review 26, 373-382.

GOSELIN, P. et al., (1991), *Les institutions: le rôle de l'intersectorialité*, dans MSSS (ed.), *Les traumatismes au Québec: comprendre pour prévenir/ rédigé par un collectif d'auteurs sous la direction de Ginette BEAULNE*, Québec, Publications du Québec, pp. 301-316.

HINCKLEY, B., (1981), *Coalitions and politics*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 164p.

LEMIEUX, V., (1991), *L'utilité politique des rivaux*, Revue canadienne de science politique, XXIV:4, 735-753.

O'NEILL, M. et al., (1990), *La naissance du réseau québécois de villes et villages en santé*, Recherches sociographiques, 31(3):405-19.

PEDERSON, A. et al., (1988), *Coordination des politiques publiques favorisant la santé*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, Direction de la promotion de la santé.

**MONICA**

Le projet OMS de recherche sur les maladies cardio-vasculaires entre dans sa phase finale.

Dix ans après son lancement, l'un des plus grands projets internationaux de recherche médicale jamais entrepris est entré cette année dans sa phase finale. Des chercheurs de plus de 20 pays se sont réunis pour examiner un plan stratégique pour l'achèvement de l'essentiel du projet au cours des cinq prochaines années.

Le projet OMS MONICA - nom formé à partir des termes «monitorage» et «cardio-vasculaire» - étudie, dans le monde entier, les tendances et les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, y compris les cardiopathies et les accidents cérébrovasculaires, qui provoquent chaque année un total de 12 millions de décès.

L'objectif à long terme consiste à mettre à la disposition des pays des données de meilleure qualité pour leur permettre de planifier et d'évaluer leurs campagnes de prévention et de lutte dans ce domaine.

Depuis 1984, année de son lancement, MONICA a coordonné des études effectuées sur une population totale de 15 millions d'hommes et de femmes dans 39 centres collaborateurs de l'OMS et dans 26 pays d'Europe, d'Asie, d'Australie, de Nouvelle Zélande et d'Amérique du Nord.

Chaque pays fournit régulièrement des données essentielles sur les décès cardio-vasculaires dus à des crises cardiaques, à d'autres formes de cardiopathie et à des accidents cérébrovasculaires, ainsi que sur les maladies. Le projet évalue aussi les facteurs de risque connus tels que le tabagisme, l'obésité, une mauvaise alimentation, l'hypertension et des taux élevés de cholestérolémie.

**Quelques résultats**

Une analyse approfondie des résultats ainsi obtenus pendant plusieurs années permet aux chercheurs de déceler des tendances et des schémas sur lesquels on fonde ensuite les campagnes de prévention de ces maladies. Les nombreuses données déjà

recueillies dans le cadre du projet sont considérées par les experts internationaux comme très précieuses pour la compréhension, la prévention et le traitement de toutes les maladies cardio-vasculaires.

L'étude a relevé 75.000 crises cardiaques survenues entre 1985 et 1987 chez des hommes et des femmes âgés de 35 à 64 ans. Le classement des populations par degré d'exposition a été établi en fonction des taux de crise cardiaque pour 100.000 habitants.

Comme le montre le tableau ci-dessous, on observe des écarts considérables entre pays et régions.

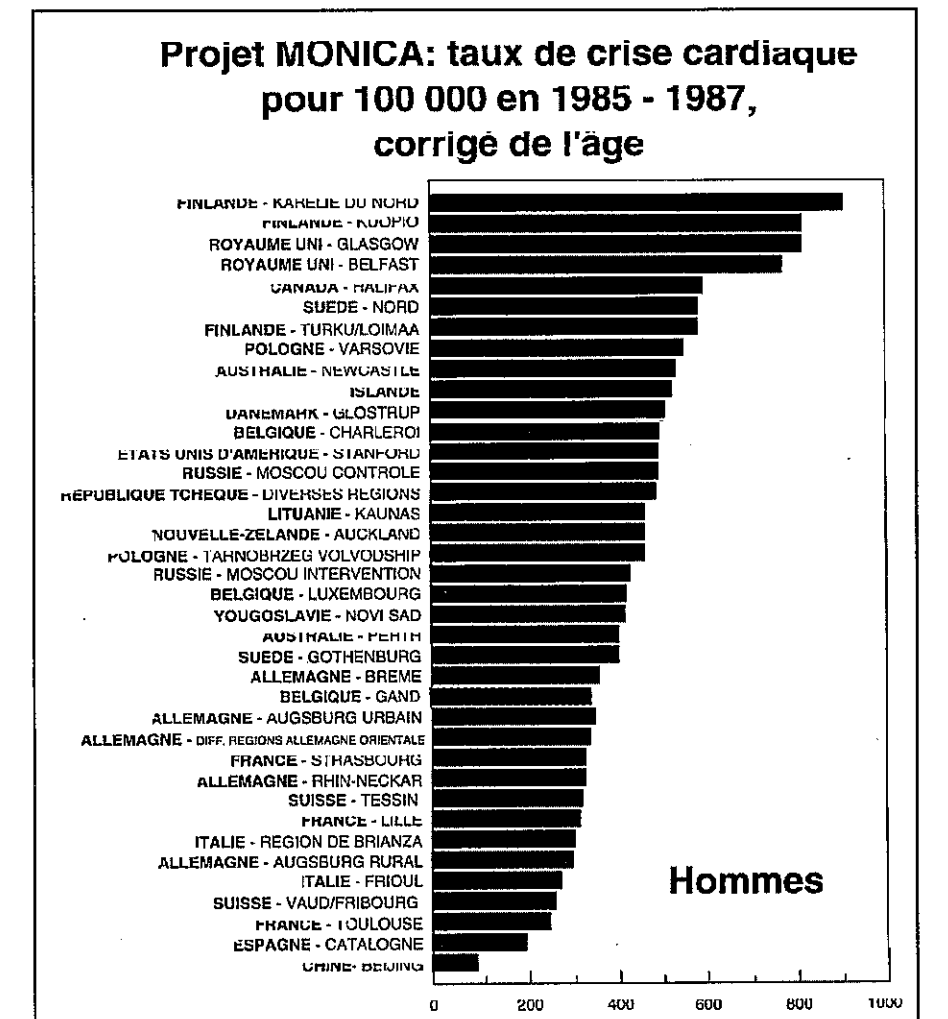
Ainsi, bien que les taux de crise cardiaque chez les hommes sont 4 à 5 fois plus élevés que chez les femmes, les habitantes de Glasgow et Belfast présentent des taux plus élevés que certains hommes d'Europe du sud.

En Belgique, l'écart entre Gand et Charleroi est important, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

On notera aussi que les plupart des morts coronariennes sont soudaines, mais qu'elles paraissent l'être plutôt chez les hommes que chez les femmes, et que le pourcentage d'hommes succombant à une crise cardiaque avant d'arriver à l'hôpital est plus grand que celui des femmes.

*Pour de plus amples informations, contacter: Dr Yvan Gyarfas ou Dr Ingrid Martin, Unité des Maladies cardio-vasculaires, OMS, avenue Appia 20, 1211 Genève 27, Suisse, tél. (41 22) 791.3487.*

d'après les Communiqué OMS, n°33 (19 avril 1994) et n°58 (12 juillet 1994) ■



Quant à la définition du fonctionnement interne du groupe, elle a été un élément structurant dans la dynamique de celui-ci. L'évaluation permanente du processus a aidé le groupe dans son cheminement.

En terme d'évaluation globale, on peut dire que l'évolution du groupe a été influencée par des éléments freins comme par des éléments moteurs. Ces derniers ont sans doute davantage poussé le groupe à s'orienter vers des actions locales (animations dans les écoles, sensibilisation auprès d'enseignants et de parents, ...) et à se mettre d'accord sur un fonctionnement interne (coordination, articulations entre sous-groupes, échanges de compétences).

A ce stade de la réflexion, les freins que l'on peut repérer sont:

- la coordination du groupe: un projet de santé communautaire implique la réappropriation du projet par les acteurs locaux; néanmoins ceux-ci ont clairement souhaité le maintien de l'implication de la CLC (comme organisme extérieur au réseau associatif local) dans une fonction de coordination; cette phase de négociation interne et de clarification a été un frein transitoire;
- le cloisonnement par centres d'intérêt des différents participants;
- la disponibilité limitée des associa-

tions, étant donnée l'abondance de coordinations existantes;

■ l'expérience que les intervenants ont des relations avec le pouvoir communal.

Les éléments moteurs sont:

- la réalisation au préalable d'un événement local: «l'École du risque»;
- la sensibilisation à la problématique des accidents domestiques, par la coordinatrice du programme RAS;
- a prise en charge de la coordination par la CLC;
- les compétences des personnes présentes dans le groupe;
- le sentiment d'appartenance à un programme communautaire.

Les perspectives actuelles se résument par la définition d'un plan de travail étape par étape, la recherche de nouvelles compétences (formation, échanges d'expériences, contacts avec d'autres groupes de pilotage), la médiatisation du projet au plan local et communautaire, et la mise en oeuvre des actions locales, schaarbeekoises.

En guise de conclusions provisoires, épinglons une pensée -celle d'André Comte-Sponville, philosophe français:

*Je vois autour de moi des philosophes qui se plaisent à complexifier toujours*

*d'avantage leur pensée, et tendent ainsi vers une sophistication de plus en plus grande. D'une telle démarche, je vois bien la richesse et, parfois, la nécessité. Il m'arrive d'y sacrifier: comment faire autrement? Tous les problèmes ne sont pas susceptibles d'une solution simple (...).*

*Pour ma part, et sans renoncer tout à fait à la technicité ou à la complexité, j'aurais plutôt la tendance inverse: je cherche des idées simples, de plus en plus simples, tellement simples qu'à la fin elle n'auraient même plus besoin d'être énoncées. Bien sûr, ce n'est jamais tout à fait possible: la pensée a ses difficultés et ses exigences. Mais la pensée n'est qu'un moyen, et le complexe même qu'elle dévoile ne saurait masquer la simplicité pourtant de ce qui s'y joue. Quoi? Le réel. Tout organisme vivant, par exemple, est d'une richesse inépuisable, d'une complexité infinie - mais la vie n'en est pas moins simple pour autant. Quoi de plus compliqué qu'un arbre, quand on essaye de comprendre son fonctionnement interne? Et quoi de plus simple, quand on le regarde?*

Luciane Tourtier, Commission Locale de Coordination en Education pour la santé de Bruxelles, en collaboration avec Educa-Santé pour le programme Réseau Actions Sécurité et l'APES (Association pour la Promotion de l'Education à la Santé) ■

lisés: un dossier pour l'enseignant, un livret pour l'élève et une affiche pour l'école.

L'ICAN désire associer un maximum d'organismes de terrain actifs en éducation nutritionnelle à l'école prêts à participer à la réalisation de cette manifestation et à l'élaboration des documents prévus.

Les organismes et écoles sont aussi invités à réaliser des activités spécifiques et originales de promotion des fruits et légumes, dans le cadre d'ateliers et d'une exposition qui seront organisés lors de cette journée.

*De plus amples informations peuvent être obtenues à l'adresse suivante: ICAN, Quai du Barbou 4, 4020 Liège ■*

## ■ Les couvertures vaccinales

### Indicateurs de résultats et de processus pour le programme de vaccination de la Communauté française

#### Introduction

En 1989, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique a demandé aux trois écoles de santé publique de la Communauté de l'aider à promouvoir l'ensemble des vaccinations dans le cadre d'un programme structuré de vaccination. Cette association a pour nom PROVAC.

Le programme de vaccination s'est donné comme objectif général l'amélioration de la vaccination au sein de la population, en particulier celle de l'enfance. La vaccination Rubéole-Rougeole-Oreillons retenait à l'époque toute l'attention des responsables car elle ne parvenait pas à bien s'implanter.

Pour mesurer à la fois l'état vaccinal et l'impact du programme à développer, il fallait un indicateur qui réponde à plusieurs critères: la fiabilité, la représentativité, la reproductibilité, et l'utilité opérationnelle. Cet indicateur est la mesure de la couverture vaccinale. Encore fallait-il préciser de quelles couvertures vaccinales disposer.

#### Mesure de la couverture vaccinale avant 1989

Avant 1989, seules des données fragmentaires sur le statut vaccinal des enfants existaient en Communauté française. Elles provenaient soit de certains vaccinateurs, soit du réseau de distribution des vaccins. Dans le premier cas, les informations étaient limitées à certaines consultations de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et ne représentaient pas une information pour l'ensemble des enfants de la Communauté française. Dans le second cas, seul le nombre total de doses de vaccins distribuées dans le pays était connu. Pour ce qui est du réseau de distribution de vaccins gra-

tuits organisé par la Communauté française, la répartition de ces doses par tranche d'âge et par arrondissement était disponible. Toutefois, comme on peut le deviner, la qualité de ces informations était globalement médiocre et leur opérationnalité franchement peu importante.

#### Mesure des couvertures vaccinales en Communauté française après 1989

Pour mesurer la couverture vaccinale, deux options étaient possibles: soit organiser un registre national exhaustif de tous les enfants domiciliés en Communauté française (type registre national de vaccination) soit organiser des enquêtes vaccinales régulières à différents âges.

L'implantation d'un registre posait de sérieux problèmes financiers et juridiques qu'il aurait été difficile de surmonter. C'est pourquoi le choix s'est orienté vers deux mesures de couverture vaccinale par enquête. La première concerne l'état vaccinal pour tous les vaccins des enfants, âgés de 18 à 24 mois, et la deuxième est un enregistrement systématique de l'état vaccinal RRO de tous les enfants rentrant à l'école primaire. La première est réalisée par des enquêteurs et la deuxième par les centres de santé scolaire.

Ces deux systèmes ne sont donc pas permanents, mais ils permettent à échéance régulière d'avoir une idée de l'évolution des couvertures, et également d'interroger les parents notamment des enfants de 18 à 24 mois sur certains points d'actualité (par exemple la connaissance de nouvelles vaccinations, ...).

L'enquête relative aux enfants âgés de 18 à 24 mois est une enquête par échantillonnage, par grappes avec probabilité de tirage proportionnel à la taille qui couvre 1 100 enfants de la Communauté répartis sur l'ensemble du territoire. Une des caractéristiques importantes est que cette enquête repose sur la consultation par l'enquêteur d'un document vaccinal attestant de la vaccination. L'évolution entre

1989 et 1993 montre que si pour la polio et les trois doses de DiTePer on se trouve au dessus de 90 %, pour la quatrième dose de DiTePer et pour le RRO, les 70 % sont à peine dépassés. Plus intéressante est la répartition entre les différents vaccinateurs que sont l'ONE, les pédiatres et les médecins généralistes que ces enquêtes ont permis de connaître. Cette répartition est de 56 %, 34 % et 8 %.

Les enquêtes de couverture à l'entrée de l'école primaire indiquent plusieurs faits: premièrement que le service médical scolaire ne parvient pas à connaître le statut vaccinal de près de 40 % des élèves, deuxièmement que les efforts déployés par les services scolaires n'améliorent la couverture que de quelques pourcents. En effet, pour les enfants dont le statut vaccinal est connu, 49 % à 50 % ont été vaccinés avant l'entrée à l'école primaire et on constate que les efforts pour améliorer la couverture vaccinale par les centres de santé scolaire, ne sont que de 4 %. Il faut savoir que jusqu'à présent, les centres de santé scolaire ne se sont pas ou peu considérés comme des vaccinateurs pour des raisons à la fois de législation et de compétition entre les médecins privés et les médecins scolaires.

#### Couvertures vaccinales comme indicateurs de processus

Un des apports de ces enquêtes pour le programme a bien sûr été de mesurer l'évolution des couvertures. Elles constituent donc un indicateur de résultats.

Mais elles ont permis de mieux connaître le rôle des différents opérateurs et la répartition des vaccinations entre les différents vaccinateurs.

Elles ont confirmé l'importance de la carte de vaccination non seulement pour attester d'un état vaccinal mais aussi pour gérer la vaccination. Cette gestion doit être faite à la fois par les parents et par le vaccinateur.

Grâce aux enquêtes, les raisons de non vaccination peuvent également être recherchées et des stratégies

## ■ Fruits et légumes frais!

Dans le cadre du programme «L'Europe contre le cancer» qui cette année encourage la consommation de fruits et légumes frais, ainsi que d'autres aliments riches en fibres, l'Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition (ICAN) organise en octobre (date non connue au moment où nous rédigeons ces lignes) une journée de réflexion sur ce thème.

Il est prouvé que les fruits et légumes par leur richesse en fibres alimentaires interviennent efficacement dans la prévention de certains cancers digestifs.

L'ICAN a choisi de diriger son action vers l'école. C'est un lieu privilégié pour instaurer de bonnes habitudes alimentaires dès le plus jeune âge,

mais où actuellement la consommation de produits frais et riches en fibres est insuffisante.

Le thème de la consommation des fruits et légumes est facilement exploitable à travers l'ensemble des disciplines enseignées, tandis que la vie scolaire (collations, repas) permet sa mise en pratique.

L'école pourrait faire découvrir des fruits et légumes que beaucoup d'enfants ne connaissent pas mais pourtant à la portée de tous, et inciter les enfants à les consommer à travers les situations scolaires.

L'action «fruits et légumes» sera marquée par cette journée de réflexion d'octobre à l'occasion de laquelle trois documents pédagogiques seront réa-

pour y remédier proposées. Septante pourcent des raisons de non vaccination sont vulnérables. D'après les parents, elles dépendent pour 43 % de raisons plus médicales et pour 60 % des croyances ou des disponibilités des parents. Une promotion pour un suivi vaccinal plus volontaire est faite auprès des vaccinateurs.

Les parents nous ont montré qu'ils connaissent relativement mal la vaccination comme prévention qui doit couvrir l'ensemble de la vie puisque à part la vaccination anti-tétanique, les autres vaccinations de l'adulte sont vraiment très peu connues par notre population.

Toutes ces informations recueillies montrent bien que la couverture vaccinale est aussi un indicateur de processus.

### Les couvertures vaccinales et les stratégies de promotion de la vaccination

Les couvertures vaccinales nous ont également permis de mettre en évi-

dence à la fois les besoins en information sanitaire, mais aussi le besoin en promotion de la santé. Il devient de plus en plus évident qu'il faut travailler le concept de «culture vaccinale», c'est-à-dire cette notion que la vaccination est une prévention qui n'est pas simplement utile à la petite enfance mais qui va accompagner l'adulte tout au long de sa vie, qu'accepter la vaccination c'est aussi prendre des responsabilités en terme de santé publique. Car la vaccination modifie notre environnement, et nous n'assurerons une protection à l'ensemble des sujets que si de hauts taux de vaccination sont atteints et maintenus.

Pour essayer de développer ce sentiment de compréhension plus global de la vaccination dans le cadre des maladies infectieuses, PROVAC a développé un dossier pédagogique qui a été distribué dans toutes les écoles primaires de la Communauté. PROVAC développe à présent une stratégie qui sera basée sur trois documents qui seront présentés à trois moments clés pour la vaccination à savoir :

- au moment de la naissance, pour présenter aux parents le calendrier vaccinal et les inviter à faire vacciner leur enfant.
- à l'école primaire, pour inciter les parents à vérifier l'état vaccinal et, le cas échéant, à compléter la vaccination de leur enfant.
- à l'adolescence, pour inviter le jeune à prendre lui-même en charge sa vaccination en disposant d'une carte de vaccination et en veillant à faire les rappels de vaccins ou à se faire vacciner pour certaines maladies, lors de voyages, par exemple.

Le document destiné à l'entrée à l'école primaire est disponible dès ce mois de septembre 94 et sera largement diffusé. Vous en trouverez un exemplaire encarté dans ce numéro d'Education Santé.

Béatrice Swennen, ULB, responsable PROVAC ■

## ■ Votre enfant est-il bien vacciné?

### Expérimentation d'un dépliant d'information sur la vaccination à destination de parents d'enfants de 5 - 6 ans

Le travail mené en 1992 par PROVAC en collaboration avec les Commissions Locales de Coordination en éducation pour la santé a notamment mis en évidence le manque d'outils d'information du grand public. C'est pourquoi, il a été décidé de réaliser trois documents de base de promotion de la vaccination auprès du grand public. Ces documents seront distribués par la Communauté française à trois moments-clés pour la vaccination correcte de l'enfant et de l'adolescent. Ces moments sont: la naissance, l'entrée à l'école primaire et l'entrée dans le secondaire.

Pour diverses raisons, le programme s'est d'abord attelé à la réalisation du

dépliant concernant la vaccination des enfants à l'entrée à l'école primaire. La vaccination de 6 ans comporte une injection de rappel Polio et Diphtérie - Tétanos (DiTe) ainsi qu'une dose de rattrapage RRO si nécessaire.

Cet article vous présente les objectifs, les méthodes et les résultats des deux phases d'évaluation qui ont pris place en cours de production du dépliant destiné aux parents d'enfants de 5-6 ans. Vous pouvez juger sur pièce le résultat final, puisque le document est inséré dans ce numéro d'Education Santé.

A chaque phase, un document spécifique a été testé. Le premier était une version en noir et blanc (voir illustration); le second une photocopie couleur très proche du document final. Le dépliant diffusé au centre de la revue, constitue donc la troisième version du document.

En accord avec le Comité Dirigeant du programme de vaccination de la

Communauté française, la mise au point de ce document a reposé sur une collaboration entre l'équipe inter-universitaire de PROVAC, l'asbl Question Santé, la revue Education Santé, la Croix-Rouge pour les illustrations, un représentant du Service Hygiène et Prévention, du Service de l'Inspection Médicale Scolaire et de l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires.

### Première phase d'évaluation

#### Objectifs

Recueillir des informations sur la pertinence du dépliant et sur sa compréhension par un échantillon de parents. Il s'agissait plus particulièrement d'évaluer la difficulté du vocabulaire, la lecture du tableau à double entrée présentant le calendrier vaccinal,...

ES: Quel est le rapport avec la santé?

CL: J'envisage la santé de façon globale. Je vous ai parlé d'actions dans le domaine des accidents domestiques, de l'alimentation,.... Le conseil de prévention développe par exemple un projet autour des toxicomanies. La compagnie du Tarmac propose dans les écoles un spectacle «Stop ou encore». C'est un spectacle de prévention primaire qui s'adresse aux enfants de 6 à 10 ans. Le spectacle dure environ 20 minutes et est suivi d'une discussion. L'enseignant reçoit un dossier pédagogique et s'engage à travailler avec ses élèves un des thèmes abordés: la peur, le sommeil,...

Une enquête sur les assuétudes a également été réalisée auprès de 900 jeunes. Nous avons demandé l'aide du Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) qui est spécialisé dans la prévention des assuétudes pour l'ensemble de la Communauté française. Actuellement, nous traitons les résultats. Cela nous permettra d'orienter des actions dans l'avenir. Notre objectif est aussi

d'avoir un enseignant relais-santé dans chaque école.

Parallèlement à ce projet «toxicomanies», nous avons proposé à des jeunes de devenir «guide social» dans leur école. On ne peut pas séparer le problème des toxicomanies de l'exclusion sociale, de l'insertion socio-professionnelle. Quand un jeune a des problèmes, il s'adresse à ses copains de classe. C'est à partir de cette constatation que nous avons eu l'idée de proposer une formation aux jeunes prêts à jouer le rôle de guide social auprès de leurs camarades. Cette formation comprend, entre autres, une sensibilisation à l'écoute, à la prise de contact, une présentation des services sociaux, une approche des droits des jeunes,.... A l'issue de cette formation, une fois par mois, nous les rencontrons pour discuter des problèmes auxquels ils sont confrontés et pour voir ce que l'on peut mettre en place suite à leurs demandes,...

Aujourd'hui, les enseignants sont demandeurs d'une telle formation... et même les services sociaux!

ES: Quel bilan tirez-vous de ces années d'investissement pour améliorer la santé dans votre commune?

CL: J'ai peut-être eu la chance d'avoir un échevinat où il n'y avait rien au départ. A partir de mon cheminement personnel à la Maison des Jeunes, à l'Association Chrétienne des Invalides et Handicapés et de mon travail de terrain à la Mutualité chrétienne, j'ai pu percevoir les besoins, les manques... Cela m'a permis de développer en partenariat toute une série d'actions sur la commune. Je pense qu'il faut croire en ce que l'on fait, ne pas s'arrêter à «On n'a pas de sous». C'est parfois stressant mais l'évaluation est positive. Je suis prête à continuer même si je sais que cela me demande un temps fou. J'ai été attentive aussi à mettre des structures en place (conseil de prévention, équipe pluridisciplinaire,...) car si le politique change, c'est important que le partenariat et les actions puissent continuer.

Propos recueillis par Bernadette Taeymans pour le journal En Marche ■

## ■ J'évalue, tu évalues, ils évaluent, nous évoluons

### Prévention des accidents domestiques à Schaerbeek (Bruxelles)

Une lecture assidue de la revue Education Santé vous a certainement déjà fait découvrir l'existence et l'essence du programme Réseau Actions Sécurité (RAS). Ce programme, coordonné en Communauté française par Educa-Santé à Charleroi, existe depuis 1991, et concerne la prévention des accidents domestiques.

Cette campagne vise l'intégration au niveau local d'une stratégie construite à l'échelle communautaire (voir Education Santé n° 70, et 81).

C'est précisément dans ce contexte que des Commissions Locales de Coordination en éducation pour la santé (CLC) sont sollicitées en tant que partenaires du RAS pour jouer un rôle de relais actif dans la coordination et la récolte des besoins locaux.

La CLC de Bruxelles s'est investie dans ce programme en mettant sur pied l'Ecole du Risque en mai 1993.

Son apport se poursuit actuellement par la mise en place d'un groupe de pilotage, à Schaerbeek, sur la prévention des accidents domestiques. Y participent des intervenants locaux issus du réseau associatif schaarbeekois: 'milieux scolaires' (CPMS, IMS, ZEP, ...), 'milieux familles' (consultations de nourrissons, maison médicale, ...), 'services ayant des activités d'éducation pour la santé' (Grands Brûlés, Pompiers, ONE, ...), 'insertion socio-professionnelle' (MLOC, ...), 'animations' (maison de quartier, théâtre vidéo, ...).

Le processus par lequel est passé le groupe a fait l'objet d'une communication aux Rencontres de Lille, fin juin 1994. Il s'agissait de répondre à la question: 'L'évaluation, dynamique ou frein d'un projet de promotion de la santé?'

### Bilan

Qu'en est-il quelques mois après la constitution du groupe de pilotage sur la prévention des accidents domestiques à Schaerbeek?

Le processus d'évaluation, entamé avant la constitution du groupe, a généré un mouvement d'ajustements continus; il ne s'agit donc pas d'un processus d'évaluation après action.

Plusieurs étapes ont été franchies.

L'évaluation des ressources internes ainsi que celle des besoins des acteurs locaux a été réalisée au moyen d'un outil d'évaluation mis au point pour le groupe lui-même (questionnaires).

Cette première étape a favorisé la définition des priorités au travers des thématiques à aborder: brûlures, violences, accidents dans la rue. De même, le besoin de médiatiser le projet au plan local a pu être ainsi défini.



à tout âge (environ 62%), mais une seule personne retient l'importance d'insister sur l'âge de 6 ans.

Vingt-sept pourcent de parents se disent **poussés à agir concrètement** après lecture de la brochure (à savoir vérifier l'état vaccinal de l'enfant et le faire vacciner si nécessaire).

La compréhension du tableau central à double entrée ne pose aucun problème moyennant une différenciation plus claire des «points blancs et gris» ainsi qu'une séparation en deux de la colonne «grand enfant et adulte».

Ainsi, les résultats de cette première expérimentation sont très positifs. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les parents ayant accepté l'interview se sentent particulièrement concernés par la vaccination; de plus, la lecture du dépliant était programmée dans la procédure de travail et les informations restituées l'étaient à très court terme.

Ces résultats ont été analysés en réunion des différents partenaires le 11 février 1994. Sur cette base les modifications à apporter au document ont également été discutées et décidées.

#### Illustrations

- Montrer un couple d'enfants sur la première page.
- Supprimer la frise des crayons à chaque page.
- En bas du tableau central, ajouter des dessins d'enfant à différents âges (en référence au dossier pédagogique).
- Mettre en évidence, par le jeu des couleurs, la colonne des vaccins de 6 ans.
- Ajouter les logos et le nom des partenaires collaborateurs.

#### Pages centrales

- Modification du titre traduisant la nécessité d'une protection vaccinale à tout âge.
- Séparation en deux de la colonne «grand enfant et adulte».
- Remplacement des deux notions «personne à risque» et «certaines circonstances» par la notion unique de «situation particulière».
- Remplacement du «G» indiquant la gratuité du vaccin par un symbole tel qu'un losange jaune.

- Différenciation plus nette grâce à des couleurs tranchées des vaccins recommandés à tout le monde versus les vaccins recommandés dans des circonstances particulières.
- Présentation des vaccins dans l'ordre chronologique du calendrier vaccinal.
- Ajout du caractère obligatoire de la vaccination contre la poliomyélite.
- Ajout de la nécessité des rappels à 6 ans même si l'enfant est né ou a vécu en dehors de la Belgique.

#### «Bon à savoir»

- Au paragraphe 5 relatif aux contre-indications, ajouter «Consultez votre médecin».
- Ajouter un paragraphe sur les différentes circonstances où le recours à la carte de vaccination est nécessaire.
- Modifier le texte sur les modalités d'obtention gratuite de la carte de vaccination.

Une seconde version expérimentale en couleur cette fois-ci a alors été préparée par Question Santé et Education Santé, ainsi que la Croix-Rouge pour les illustrations.

## Deuxième phase de l'évaluation

### Objectifs

Evaluer l'influence du document sur le niveau d'information des parents et sur leur intention de faire vacciner leur enfant de 6 ans dans une situation expérimentale la plus proche possible de la réalité.

Etudier la faisabilité d'une distribution des dépliants par la voie des Centres de Santé Scolaire.

### Méthodologie

La collaboration des deux centres de santé scolaire ayant collaboré à la première phase d'évaluation a permis le choix de treize écoles fondamentales (différentes de la première phase) de milieux socio-culturels contrastés dans lesquels les visites médicales des enfants de 3ème maternelle et/ou 1ère primaire se déroulaient durant le mois de mars 1994.

Ces écoles ont été réparties en deux groupes: l'un expérimental, l'autre témoin. Les parents faisant partie du **groupe expérimental ont reçu le dépliant** par l'intermédiaire du centre de santé. Dans la mesure du possible, il était joint à l'anamnèse préparatoire à la visite médicale; le cas échéant, le centre de santé a transmis aux enseignants les dépliants à remettre aux parents quelques jours avant la visite médicale.

Le questionnaire d'évaluation auto-administré a été remis aux parents par les infirmières en même temps que les résultats et conclusions de la visite médicale (formulaire appelé «CS4»). Ainsi, un délai d'une semaine maximum sépare la lecture du dépliant de la réponse au questionnaire. Les questionnaires complétés ont été récupérés par les enseignants des classes concernées durant la dernière semaine de mars 1994.

Dans le **groupe contrôle**, les parents recevaient simplement le questionnaire auto-administré, joint au «CS4» sans avoir bénéficié de la lecture du dépliant.

Compte tenu d'un taux de réponse estimé à 50%, 360 questionnaires ont été distribués, 185 aux parents du groupe expérimental, 175 aux parents du groupe contrôle.

### Synthèse des résultats

Cent nonante-cinq questionnaires ont été complétés et renvoyés. Nous avons ainsi obtenu un taux de réponse de 54% (à peu près identique dans les deux groupes).

#### Caractéristiques socio-culturelles

Dans notre échantillon global (n=171),

- Trente-trois pourcent des mères sont ouvrières ou femmes d'ouvrage, 28 % employées ou enseignantes, 21 % ménagères ou sans profession; 2,4% seulement exercent une profession libérale ou sont cadre supérieur.

- Soixante pourcent des pères sont ouvriers, 19% employés ou enseignants; 5,2% seulement exercent une profession libérale ou sont cadre supérieur.

La planification des activités par alternance était intéressante pour atteindre un objectif de production d'un produit fini. Mais, dans l'organisation, les choix des experts, les thèmes et contenus développés en séance plénière et l'encadrement dans les travaux en sous-groupes n'ont pas été suffisamment «instrumentants» pour atteindre les objectifs d'échange et d'analyse structurante des pratiques.

Nous relevons quatre faiblesses majeures qui reflètent surtout un manque au niveau méthodologique du séminaire:

- **l'absence d'un débat contradictoire** ou de propositions novatrices: les intervenants extérieurs n'ont pas permis un débat contradictoire vu qu'ils avaient tous une même façon d'envisager la problématique du tabagisme. Les contre-propositions ou quelques initiatives nouvelles sont venues des participants. De ce fait, c'est dans les groupes de travail que les débats d'idées contradictoires se sont faits et non en plénière, sauf le dernier jour à la remise des rapports des travaux.

- **l'absence de distinction** entre le discours politique (finalités-options générales) et le discours pédagogique (objectifs plus concrets, les stratégies et méthodologies) sur la problématique de la prévention du tabagisme. La confusion entre ces deux niveaux a pu entraîner des ambiguïtés, du fait de la nécessité d'embrasser, pour l'atteinte des objectifs du séminaire, ces deux niveaux de la réalité.

- l'analyse structurante des **expériences de terrain**: les échanges sur les expériences sont restés au niveau de la circulation d'informations. Il n'y a pas suffisamment eu de perspective d'analyse plus structurante afin d'aller chercher, dans les expertises de terrain, tout ce qui enrichirait le débat d'idées, au niveau des stratégies politiques et au niveau des approches méthodologiques. L'absence d'une méthodologie ad hoc, adaptée à un public d'adultes experts, est à notre avis la raison de cette situation.

- enfin, et de manière générale, les idées partagées étaient davantage développées à partir de référents axiologiques (croyances, valeurs, opinions, le bon sens, etc) ou de ré-

férents de la pratique plutôt que de référents conceptuels (fondements ontologiques, modèles théoriques, concepts, etc.).

Pour pouvoir réaliser une méta-analyse structurante, il nous semble nécessaire de dépasser le niveau d'expertise du terrain (la pratique pour la pratique) et de prendre distance par rapport à des pris pour acquis valoriels (ou du moins se permettre de questionner leur pertinence). C'est dans un rapport dynamique et dialectique entre des éléments théoriques et l'ensemble de ces connaissances «expérientielles» que peuvent se dégager de nouveaux apprentissages et s'amorcer des changements de pratiques souhaités. D'autres conditions peuvent également jouer comme apporter des idées novatrices ou tout du moins questionnant les pratiques classiques, déplacer la centration des savoirs dominants du pôle de l'expertise vers les «porteurs» du problème (ici, les jeunes), utiliser des pratiques d'animation plus adaptées aux échanges entre les participants qui drainent les informations circulantes vers des propositions structurantes.

### Richesse des points de vue

Le travail en sous-groupe a débouché sur une présentation en plénière des réflexions et suggestions majeures pour développer une prévention du tabagisme en milieu scolaire. La diversité des présentations a reflété une diversité de conceptions et de méthodes. Après la présentation finale des travaux respectifs, une discussion animée entre tous les participants, les experts et les représentants de la Commission européenne a mis en évidence la complexité de cette problématique.

Très rapidement, les échanges en atelier sur les pratiques ont fait émerger des questions de fond. Celles-ci reflétaient, parmi les participants, une diversité de philosophies, de conceptions et de pratiques, ceci tant au niveau de la problématique du tabagisme chez les jeunes que des conceptions de la prévention, de l'éducation et des lieux où celle-ci doit se réaliser. Les questions suivantes ont animé contrairement les échanges:

- «le tabagisme représente-t-il réellement un problème à éliminer de leur vie pour les jeunes d'aujourd'hui?»

- «l'école est-elle le lieu privilégié pour faire les apprentissages sociaux à la base des comportements de santé?»

- «les enseignants fumeurs peuvent-ils être cohérents quand ils font de la prévention du tabagisme avec leurs élèves?»

Il est surprenant que des questions aussi fondamentales soient survenues au cours des échanges en atelier alors qu'elles ne semblaient pas poser question en séance plénière aux responsables du séminaire ni aux experts invités. Le débat entre prévention (protection?) du tabagisme et promotion de la santé était pourtant loin d'être tranché. Nous dégagons de ces échanges des tendances différentes, que nous pourrions situer sur un continuum allant d'une approche préventive visant la protection du jeune contre le tabac (ou tout autre produit de consommation et de dépendance) à une approche de promotion de la santé où le tabagisme chez le jeune n'est plus envisagé comme un problème à éliminer mais davantage comme un comportement à gérer de manière responsable.

Enfin, au terme du séminaire, au-delà du profit final (recommandations) et de la réalisation de cet objectif majeur, il nous paraît regrettable que ce texte ne reflète pas la diversité ni les apports novateurs proposés par quelques participants. Nous constatons que malgré un séminaire aussi riche et animé, le produit final n'est pas le résultat fidèle des travaux des participants. Des idées pédagogiques novatrices, une remise en question de la conception du tabagisme au regard de la santé plus globale chez les jeunes, une interpellation entre les deux niveaux - le politique et le pédagogique - sont des éléments qui n'apparaissent pas dans le document sur les recommandations mais qui ont été exprimés et soutenus par plusieurs participants.

Jean-Luc Noël et  
Colette Schoonbroodt, représentants de la Communauté française de Belgique à Frascati ■

**Recommandations**

A la suite de ce que nous avons vu, entendu, discuté, durant ce séminaire, nous formulons des recommandations qui concernent les gouvernements, les écoles, les familles et la communauté socio-culturelle.

**Pour les gouvernements**

1. instauration d'une coopération entre les ministères concernés pour mettre en place des politiques visant à réduire la dépendance tabagique;
2. recours à des déclarations claires sur l'ampleur des problèmes provoqués par l'usage du tabac;
3. élaboration d'une législation adéquate pour que les politiques soient réellement appliquées;
4. mise à disposition d'un financement indispensable pour soutenir les initiatives contre le tabagisme, évalué à l'échelle du problème, et faire en sorte que les objectifs soient atteints;
5. octroi d'un soutien financier à la recherche et à l'évaluation des campagnes;

6. reconnaissance des liens entre la prévalence du tabagisme et les populations défavorisées, et attribution d'un budget spécifique pour les chômeurs et les plus démunis;
7. adoption de mesures d'interdiction de toutes les formes de publicité pour le tabac.

**Pour les écoles**

1. mise en oeuvre de plans et de politiques cohérents pour aborder le thème de l'usage du tabac dans le contexte de l'école promotrice de santé". Ceci devrait inclure les connaissances et capacités de nature à fournir aux jeunes les moyens de pouvoir prendre des décisions en toute connaissance de cause;
2. implication active de tous les acteurs, enseignants, parents, élèves et professionnels de santé;
3. développement dans les écoles de programmes visant à encourager l'épanouissement de la personne et mettant l'accent sur l'estime de soi, la responsabilité personnelle en prenant

- en compte les spécificités propres aux deux sexes;
4. possibilité pour les écoles de s'engager dans des actions centrées sur des méthodologies participatives en utilisant l'approche en spirale ainsi que les programmes de sevrage;
  5. mise à disposition dans les écoles de moyens adéquats pour la formation continue des équipes;
  6. stimulation des enseignants à prendre conscience de l'influence qu'ils exercent sur les élèves.

**Pour les familles**

1. le bénéfice d'une information et d'une implication dans les programmes de prévention du tabagisme;
2. possibilité d'augmenter leur perception du rôle qu'elles peuvent jouer dans la prévention du tabagisme;
3. poursuite des efforts déjà entrepris pour que les lieux publics et de travail deviennent des espaces sans tabac;
4. mise en place d'une coordination des actions visant les programmes de prévention du tabagisme.

qui permettrait de dégager les «bonnes façons de faire». Le seul résultat disponible, selon lui, est que, dans l'approche traditionnelle, on constate une évolution des connaissances.

Mais, à partir de ses propres référents, il a suggéré 8 points stratégiques dont il faut tenir compte pour développer des actions de prévention du tabagisme:

- construire le projet dans le curriculum et autour de plusieurs sessions-cours;
- inclure les influences et pressions sociales, les effets à court terme du tabac et les apprentissages permettant de refuser (comment dire non);
- intégration dans différentes branches scolaires du curriculum;
- approche en spirale: commencer dès l'école primaire (9 ans) et poursuivre en secondaire;
- engager les enfants à rédiger le programme avec les enseignants;
- tenir compte du support des parents;
- promouvoir la formation des enseignants;
- promouvoir le support de l'école: la prévention du tabagisme doit s'inscrire dans l'établissement scolaire.

Globalement, la tentative de Williams d'envisager la prévention du tabagisme sous le référent de la promotion de la santé a montré que cette perspective n'est pas aisée. La complexité de la problématique du tabagisme et sa prévention auprès des jeunes montrent que plusieurs questions demeurent encore, et que des prémisses semblent ne plus tenir la route.

A notre avis, une hypothèse explicative de cette difficulté est à rechercher dans la simplification tant au niveau de la conception et de la définition du problème du tabagisme chez les jeunes qu'au niveau des modes d'intervention. Il nous semble que cette situation est liée au mode de pensée dominant, un réductionnisme mécaniste et une pensée causaliste considérant le tabagisme comme un facteur de risque (et donc à éliminer). N'y aurait-il pas à rechercher d'autres façons de considérer ce problème (qui n'est pas qu'épidémiologique!), ainsi que de se permettre de penser l'intervention sous d'autres perspectives (se questionner sur les finalités de l'intervention préventive)?

L'exposé sur la formation des enseignants, présenté par les respon-

sables du projet d'Epidaure, projet européen d'évaluation des stratégies de prévention du tabagisme en milieu scolaire, s'inscrivait dans la même perspective que celle de Trefor Williams. Le modèle proposé, «modèle du renforcement social», est déterminé par les mêmes référents.

- L'OMS, en matière de prévention du tabagisme, pose la problématique en terme de facteur de risque important pour la santé. Les données statistiques illustrent l'intérêt porté par cette institution sur la dimension collective de «cette épidémie». L'approche pédagogique valorisée est celle du renforcement social, apprendre aux jeunes à résister au tabac.

- Enfin, dans la communication sur les influences du tabac, Howie nous a entretenu des influences, par la publicité, sur les jeunes et des manipulations par les agents pro-tabac.

**Des faiblesses**

Ces détails dans le compte rendu nous permettent maintenant de faire ces quelques considérations:

- Actuellement, 26% des mères et 15% des pères sont chômeurs complets indemnisés.
- Vingt-deux pourcent des mères et 19% des pères ont terminé des études supérieures ou universitaires.
- Douze pourcent des mères et 10% des pères ont terminé l'enseignement primaire.
- Nonante-quatre pourcent des mères et 93% des pères parlent le français; les autres parlent l'arabe ou le turc.
- Dans 95% des cas, l'un des deux parents lit couramment le français.

**Réception du dépliant**

3/4 des parents du groupe expérimental (n=96) affirme avoir effectivement reçu le dépliant. 1/4 des dépliants a été égaré dans les malles des enfants ou ailleurs!

**Utilisation du dépliant**

Dans le groupe expérimental (n=96), 1/4 des parents ne l'a donc pas reçu, 1/4 des parents ne s'en est pas pré-occupé, la moitié des parents dit l'avoir feuilleté, lu attentivement et/ou conservé.

Il nous semble que ces résultats marquent l'aspect attractif du dépliant. Il semble sortir du «bruit de fond» de l'information dont les parents sont la cible.

**Impact du dépliant**

Une question ouverte demande aux parents si le dépliant les pousse à entreprendre certaines démarches, et si oui, lesquelles.

Dans le sous-groupe des parents qui dit avoir reçu le dépliant (n=72), 35% ne répondent pas à la question; 12,5% affirment qu'ils vont «vérifier l'état vaccinal de leur enfant» et 11% qu'ils vont «faire vacciner leur enfant». Près de 10% vont en parler au médecin. Ainsi, il stimule une démarche auprès d'1/3 de parents

Parmi ceux qui déclarent qu'ils n'entreprendront aucune démarche (n=21, soit 29,2%), la moitié des enfants seulement sont vaccinés.

**Compréhension du message de base**

Dans le sous-groupe des parents qui dit avoir reçu le dépliant (n=72), 18%

des parents dégagent comme objectif principal «rappeler aux parents qu'il faut revacciner son enfant à 6 ans».

**Différence statistiquement significative entre les deux groupes**

Deux différences ont été mises en évidence entre le groupe expérimental (n=72) et le groupe contrôle (n=99), par le test statistique du chi-carré avec p égale ou plus petit que 0,05.

1. Les parents du groupe expérimental sont mieux informés de la possibilité d'un «rattrapage» de la vaccination RRO à l'âge de 6 ans que ceux du groupe contrôle, à savoir 76% contre 51,5%.

2. La gratuité des vaccins recommandés à 6 ans est mieux connue des parents du groupe expérimental (72% de réponses affirmatives) que de ceux du groupe contrôle (47% de mêmes réponses).

**Autres observations (différences non significatives)**

1. Dans les deux groupes confondus (n=171), 90,6% des parents affirment n'avoir reçu aucune information relative aux vaccins recommandés à 6 ans durant les dernières semaines (en dehors du dépliant de PROVAC). Le dépliant vient donc combler une réelle carence de l'information des parents.

2. L'âge de 6 ans comme période-clé de la vaccination semble reconnu par la plupart des répondants (n=171), plus encore pour le groupe expérimental (97%: on ne relève aucune réponse négative à cette question!) que pour le groupe contrôle (91%).

3. Environ 40% des parents (résultats semblables pour les deux groupes) citent à la fois le rappel Diphtérie-Tétanos (DITE) et le rappel POLIO en tant que vaccins conseillés à leur enfant de 6 ans. Bon nombre de parents ignorent le nom des vaccins.

4. Pour savoir si un enfant doit recevoir des vaccins, près de 50% des répondants des deux groupes (n=171) disent consulter un document vaccinal, que ce soit une carte de vaccination ou un carnet ONE.

5. Nonante-deux pourcent (n=157) des répondants (n=171) affirment

posséder un document vaccinal (carte ou carnet de vaccination) à leur domicile...

6. Trente pourcent seulement des enfants de l'échantillon (n=195) ont reçu des vaccins récemment. La plupart de ces enfants vaccinés sont issus de 1ère primaire (63,5%). On remarque que 45% des enfants de 1ère primaire de notre échantillon n'ont pas été vaccinés dernièrement... Il est permis de penser que, parmi ceux-ci, bon nombre n'ont pas reçu leurs rappels de 6 ans.

7. Parmi les 52 enfants vaccinés récemment, 36,5% l'ont été par le médecin de l'ONE;

33% l'ont été par le pédiatre;

29% l'ont été par le médecin traitant.

Il apparaît cependant que les pourcentages de ces différents vaccinateurs varient d'un groupe à l'autre de notre échantillon. En effet, pour le groupe expérimental (n=21), 57% des parents citent le médecin de l'ONE tandis que pour le groupe contrôle (n=31), c'est le médecin traitant qui l'emporte (42%) mais suivi de près par le pédiatre (33,5%).

8. Les vaccinations ont été inscrites sur un document vaccinal (la carte de vaccination et/ou le carnet ONE) pour 98% des enfants vaccinés récemment dans les deux groupes confondus (n=52).

Une dernière réunion des partenaires s'est tenue le 26 avril 1994. Les résultats de cette seconde phase d'évaluation y ont été présentés et discutés. Les dernières modifications à apporter au dépliant ont été décidées.

**Illustrations**

- Choisir des tons pastels.
- Dans le tableau central, mettre mieux en correspondance les dessins d'enfants avec l'âge.
- Mettre encore mieux en évidence la colonne «6 ans» en atténuant le fond bleu des autres colonnes, en indiquant «enfant» en rouge, en choisissant le rouge pour la robe de la petite fille.

**Pages centrales**

- Corriger l'orthographe de «Hemophilus influenzae de type b» en

- «Haemophilus influenzae de type b».
- Ajouter la gratuité du vaccin contre le tétanos à 16 ans et à l'âge adulte.
- Supprimer la colonne 18 mois en prévoyant la quatrième dose Hib à 13-14 mois.
- A côté du losange jaune, ajouter que le vaccin peut être obtenu gratuitement «par l'intermédiaire du médecin vaccinateur».
- Ajouter «votre pharmacien peut vous conseiller et délivrer les vaccins».
- Dater l'édition «Mai 1994».

#### Dernière page

- Au paragraphe 3, ajouter «c'est vrai si l'enfant a déjà fait une des trois maladies».
- Ajouter que ce dépliant a été réalisé en collaboration avec les services de l'Inspection Médicale Scolaire et l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires».

En conclusion, les informations recueillies grâce à l'évaluation ont permis de préciser certains messages, de

structurer plus clairement le tableau présentant le calendrier vaccinal et de mieux cerner ce que nous pouvions attendre du dépliant, comme outil d'information. Elles nous montrent également à quel point les parents sont dépourvus d'informations sur la vaccination des enfants de 6 ans. Les résultats rappellent une fois encore qu'un dépliant seul ne suffit pas à modifier des comportements. Le rôle des médecins, des infirmières scolaires et de l'O.N.E. reste prépondérant.

Le programme peut susciter auprès des parents des démarches actives de prise en charge de la vaccination, mais il appartient aussi aux médecins de proposer de vacciner les enfants à 6 ans. Un résultat de vaccination ne peut être obtenu que par la collaboration de tous.

C'est pourquoi, afin de renforcer l'impact du dépliant auprès de la population cible, il a été décidé de le diffuser via plusieurs canaux différents. Les centres de santé scolaire le joindront systématiquement aux formules d'anamnèse médicale préparatoire

aux visites médicales des enfants de 3ème maternelle et de 1ère année, dès septembre 1994. Il sera également disponible, dès la fin du mois d'août dans les salles d'attente des médecins généralistes et pédiatres ainsi que dans les consultations de l'O.N.E. Une affiche reprendra les messages-clés et sera apposée en salle d'attente.

La présence simultanée de l'information dans de multiples lieux devrait renforcer son impact, tout en montrant la cohérence du programme de vaccination de la Communauté française.

Grâce à ce matériel de promotion, nous espérons renforcer les efforts de chaque vaccinateur et des parents vers le même objectif: augmenter le nombre d'enfants correctement vaccinés avant l'entrée en 1ère année primaire.

Marie-Christine Miermans, PROVAC - Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège ■

## La prévention du tabagisme entre les jeunes en milieu scolaire

### Séminaire européen - Frascati 17-22 mai 1994

L'intention de ce compte rendu est de partager l'analyse de l'expérience vécue lors du séminaire européen de Frascati. Nous voudrions aborder cette analyse et les commentaires ad hoc autour des aspects de contenu du séminaire, de son organisation et de la méthodologie de travail proposée.

Ce séminaire faisait suite à une invitation du Centro Europe dell' Educazione en collaboration avec le Ministère de l'Education italien et le programme de «L'Europe Contre le Cancer» de la Commission de l'Union Européenne. Colette Schoonbroodt, assistante-chercheuse à l'Unité d'Education pour la Santé de l'Ecole de Santé publique de l'UCL (qui prépare une thèse de

doctorat sur la prévention du tabagisme chez les jeunes) et Monsieur Jean-Luc Noël, de la Direction générale de la Santé ont été désignés pour y représenter la Communauté française.

Les objectifs du séminaire étaient:

- d'établir un bilan de la situation au travers des 13 pays représentés;
- d'identifier les «meilleures pratiques» en matière de prévention du tabagisme auprès des jeunes et d'examiner la cohérence avec le projet de promotion de la santé;
- d'établir des recommandations concernant la prévention du tabagisme, les jeunes et le tabac, l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

Selon J.N. Ormsby, représentant de la Commission européenne, ce séminaire devait permettre, à partir des expé-

riences de terrain à un échelon européen, de réaliser un exercice d'évaluation structurante en vue de dégager des recommandations en termes de stratégies pour établir ultérieurement (à Dublin) l'élaboration d'un plan de 5 ans.

En préalable au séminaire de Frascati, des rencontres avec Michel Pettiaux (Cabinet de Madame la Ministre Présidente Laurette Onkelinx) nous ont permis de préciser les objectifs spécifiques de notre participation:

- établir un bilan des principales actions de prévention du tabagisme dans les écoles en Communauté française de Belgique (illustratif et non exhaustif);
- s'intéresser préférentiellement à la problématique de la prévention de l'usage du tabac par les jeunes et en milieu scolaire;

(Suite page 31)

(Suite de la page 14)

- confronter ces expériences avec d'autres projets européens;

- dégager les lignes de force de ces expériences pour enrichir nos pratiques et en tirer des enseignements.

Dans ce cadre, nous nous sommes préalablement informés des programmes actuellement développés en Communauté française en rencontrant les principaux intervenants (un document a été élaboré et distribué à tous les participants du séminaire).

A ce niveau, et au terme de notre participation au séminaire, il nous paraît souhaitable de réaliser un travail d'analyse des pratiques, dans chacun des pays, avant le séminaire, soit à partir d'une grille d'analyse proposée par les organisateurs du séminaire soit choisie par les experts du pays. Ceci engagerait davantage les gouvernements et les experts nommés, mais surtout, ce travail préliminaire aurait permis d'approfondir les travaux en sous-groupes. Cependant, si cette activité n'a pu se faire avant la participation à Frascati, celle-ci peut encore, après le séminaire, être à la base d'un projet soutenu par les responsables politiques des ministères de la santé et de l'éducation de chacun des pays. Faisant suite au séminaire, au niveau national, un réinvestissement des idées et stratégies partagées dans les pratiques nationales favoriserait l'évolution de celles-ci.

### Les exposés des experts

Un autre aspect de notre analyse concerne l'organisation et la planification des activités. En effet, toute l'organisation était conçue comme un processus devant amener les participants à un produit final, les recommandations. L'input était, d'une part, un apport d'informations par des experts et, d'autre part, les expériences de terrain. Ainsi, il y avait alternance entre des temps en séance plénière et des travaux en sous-groupes.

Les informations par les experts, en séance plénière, ont concerné les aspects suivants de la problématique:

- épidémiologie et tabac
- aspects pédagogiques
- OMS et prévention du tabagisme
- influences sur les jeunes

- formation des enseignants
- lois et dispositions en Italie, Allemagne et Danemark.

A partir de la présentation en groupe de quelques projets, les participants devaient identifier les indicateurs de «succès», puis travailler à l'élaboration des recommandations.

L'apport d'informations par les experts devait servir pour tous les participants de point de référence commun. Nous nous permettons, à partir de quelques interventions, de faire les commentaires suivants:

L'exposé du Professeur Frati sur les données épidémiologiques a été principalement axé sur les relations causales entre le tabagisme et les diverses formes de morbidité et de mortalité. Le contenu de son exposé, tout en étant très instructif, n'était à notre avis pas assez pertinent pour notre problématique.

Seules quelques variables socio-démographiques (âge, sexe) ont été abordées. Il n'y a pas eu un exposé du débat sur le tabagisme chez les jeunes à partir de données collectives, notamment au niveau de l'état de connaissance sur les variables psychosociales qui participent à l'initiation et aux premiers apprentissages au tabac.

Le contenu de cet exposé a surtout pu renforcer l'idée de la nécessité de développer une prévention du tabagisme. Mais nous n'avons pas reçu d'éléments épidémiologiques, scientifiquement fondés, sur la spécificité de la problématique du tabagisme chez les jeunes (ex.: facteurs influençant l'initiation, comment s'installe le comportement, etc.) et sur la pertinence de faire une prévention précoce auprès des jeunes. Le Professeur Frati a précisé qu'il y a une corrélation entre le risque de développer une pathologie et le nombre de cigarettes fumées, mais il a précisé également qu'il faudrait croiser les données avec le nombre d'années de tabagisme. Données qui ne semblent pas être disponibles à l'heure actuelle.

L'exposé sur les aspects pédagogiques de la prévention du tabagisme de Trefor Williams a été davantage une tentative d'investir ses référents sur la promotion de la santé à cette

problématique qu'un exposé théorique et conceptuel sur la pédagogie d'intervention éducative dans les problèmes de santé (problème puisque, dès le début, le discours dominant était de définir le tabagisme comme un facteur de risque pour la santé). Cet essai était intéressant mais illustrait aussi la difficulté de cette entreprise.

Pour rappel, le concept de promotion de la santé comprend les trois dimensions de la vie scolaire du jeune: les apprentissages scolaires (curriculum), les apprentissages par et dans le vécu à l'école (la vie scolaire) et les apprentissages liés à l'environnement de l'école (le milieu environnant). L'objectif visé par la promotion de la santé à l'école est l'apprentissage de comportements sains, d'un style de vie saine.

A partir de ces prémisses, il a tenté d'opérer des transferts vers la problématique du tabagisme et sa prévention en milieu scolaire. Il a rappelé très brièvement les différentes variables sociales et les représentations différentes du tabagisme chez les garçons et chez les filles. Après quoi, il a proposé une typologie des différents programmes existants en milieu scolaire:

- *approche traditionnelle* ou rationnelle: les méthodologies utilisent les diapos, les conférences, etc. Approche centrée sur la transmission d'informations.

- *approche de développement et d'éducation*: vise le développement de la conscience de soi, les discussions, la résolution de problèmes, etc.

- *approche centrée sur les normes sociales*, qui va chercher à développer des alternatives au tabagisme, tant à l'école que dans les loisirs, pour faire en sorte que la norme du non-tabagisme domine.

- *approche centrée sur le renforcement social*, qui est basée sur la prémisses que le jeune doit apprendre à résister aux influences externes. Les méthodologies vont servir à apprendre aux jeunes à reconnaître les influences, à développer des habiletés à faire face à ces influences, à réagir.

Il a rappelé le peu d'analyse des différentes pratiques en milieu scolaire, ce

communautaires, gestion du temps et des moyens, voici des outils qui s'adressent à tous les acteurs de santé.

RIFKIN S.B., *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile: planification familiale*, OMS, Genève, 1990, 44 p. (Localisation: RESO WA.17.03)

L'importance de la participation communautaire dans la prestation de soins santé n'a cessé de s'imposer dans les esprits depuis la déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires. Afin de voir s'il était possible de préciser les facteurs et les conditions qui en déterminent l'efficacité, l'auteur a passé en revue un large éventail de programmes touchant à la santé et à des aspects connexes du développement, particulièrement, dans le domaine de la santé maternelle et infantile de la planification familiale. La notion de participation communautaire est examinée tant du point

de vue de ses origines historiques que des diverses définitions et interprétations qu'elle a reçues. Deux séries de facteurs qui conditionnent le déroulement des programmes de santé faisant appel à la participation communautaire sont définis puis illustrés par l'examen de divers programmes dont on analyse et compare les objectifs et les résultats. Les limites et possibilités de cette méthode d'analyse sont évaluées. Le présent ouvrage est destiné à aider les planificateurs de la santé en les amenant à reconnaître certains problèmes de gestion et facteurs comportementaux qui influent inévitablement sur la nature et le déroulement des programmes de santé fondés sur la participation communautaire.

WAMPACH R., HENRIET G., *L'approche communautaire de la sécurité du travail*, in: *REVUE DU TRAVAIL*, septembre 1991, pp. 24-29 (Localisation: RESO BS.13)

## La santé, cela s'apprend aussi socialement

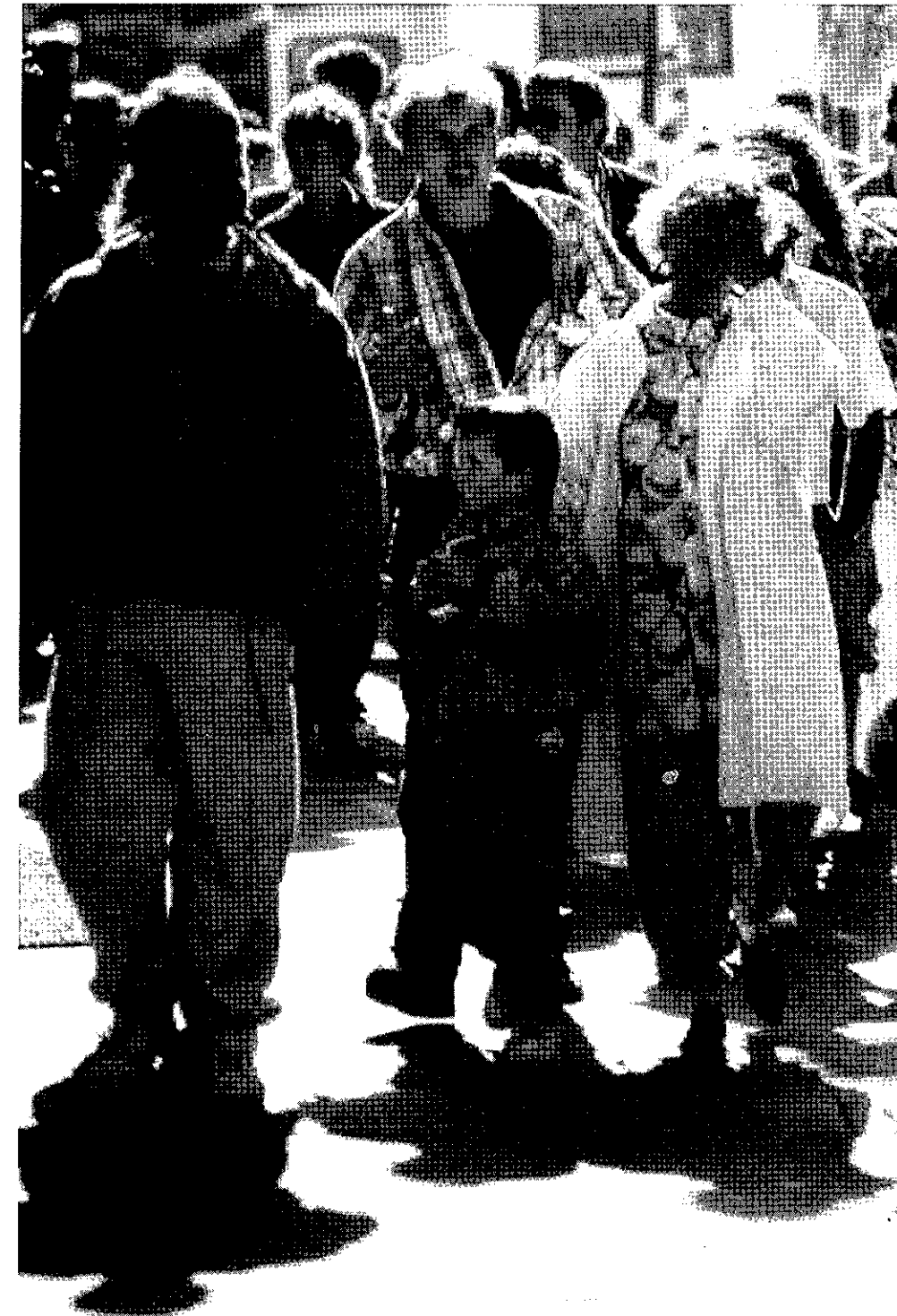


Photo Zaïar

5ème Journée d'Éducation pour la Santé  
RESO UCL

Le thème de la 5<sup>ème</sup> Journée d'Education pour la Santé du RESO visait à aborder les rapports entre la santé et le social, dans une perspective éducative. Elle fut inaugurée par l'allocution de Madame Anceaux, représentante de Madame la Ministre Présidente de la Communauté française de Belgique.

L'intention sous-jacente reposait sur l'idée que la santé ne concerne pas que l'individu dans sa vie privée. De même, tout apprentissage de la santé ne relève pas d'un processus exclusivement individuel. Il s'inscrit dans des interactions sociales, significatives pour l'individu, et toute personne participant à cette éducation n'est pas neutre.

La définition de la santé par l'OMS a donné une impulsion à la reconnaissance du caractère subjectif dans l'estimation et l'appréciation de la santé. Cependant, la perspective individuelle tant dans l'évaluation de son propre état de santé que de la gestion de celui-ci ne devrait pas nier les influences sociales, les responsabilités collectives et institutionnelles, les enjeux de la santé dans la vie sociale des individus. Comme si c'était l'individu qui règle tout, personnellement et individuellement. Cette façon de voir nierait la reconnaissance du fait social. Dans une perspective sociale et interactionniste, on reconnaît que l'individu développe ses habiletés dans une relation et en interaction sociale, dans un environnement physique mais aussi social.

L'environnement social véhicule des valeurs, des normes, des conditions. Celui-ci influence les perceptions individuelles, les attentes, les besoins, mais aussi les comportements de santé. L'environnement social crédite aussi l'institutionnalisation de ces comportements de santé. L'éducation pour la santé, par et dans ses institutions, véhicule ainsi une ou des images de santé qui vont influencer les attitudes et comportements des gens. Dans cette perspective, l'éducateur pour la santé, considéré comme

un acteur social, n'est pas neutre. Comme tout éducateur, il participe aux apprentissages sociaux de la santé.

Pour rencontrer ces intentions, nous avons invité plusieurs experts, belges et étrangers, qui, soit à partir de leur pratique, soit dans leur réflexion et leur recherche, pouvaient nourrir un débat. Ainsi, 4 perspectives ont été retenues pour faire écho aux idées développées par J. A. Bury de l'OMS:

- la perspective éthique: le questionnement sur les valeurs, les croyances, les normes sociales véhiculées par l'éducation pour la santé (J.M. Longneaux);

- la perspective sociale des apprentissages: les questions relatives à la méthodologie de l'éducation pour la santé qui reconnaît la cognition sociale (des apprentissages portés socialement) et le rôle des représentations sociales dans une perspective pédagogique (Y. Bouchard);

- une autre perspective est celle de l'éducateur pour la santé vu comme un acteur de transformation: le rôle de l'éducateur pour la santé comme acteur social et agent de changement.(C. Renard);

- enfin, l'institutionnalisation de l'éducation pour la santé: le rôle des institutions qui portent un mandat social d'éducation pour la santé comme un lieu d'apprentissage de la santé, pour les usagers et pour les éducateurs qui en sont les ressources humaines. Comment les institutions portent-elles leurs normes et valeurs? Et comment articulent-elles cette réalité avec la nécessité intrinsèque de légitimer constamment leur existence? (P. Marchal, texte manquant).

Dans les ateliers, les participants étaient invités à échanger leurs questions et leur réflexion sur ce thème, et ce à partir de leur pratique. Un bref feedback sur ce qui fut échangé et une bibliographie commentée clôtureront cette publication.

Colette Schoonbroodt

de cette recherche empirique justifie l'intérêt d'une approche stratégique de la communication élaborée à un double niveau institutionnel et interpersonnel. Loin de constituer la finalité de ce travail, cette approche ouvre des perspectives en éducation du patient, revalorisant les compétences relationnelles des soignants dans l'accompagnement psychologique des malades et démontrant la nécessité d'une solide coordination entre les différents acteurs en vue d'optimiser la qualité de leurs interventions.

POLET MASSET A.M., *Enjeux psychologiques de la relation éducative pour le personnel soignant*, in: BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT A SA MALADIE, Vol. XII, n°2, juin 1993, pp. 34-35 (Localisation: RESO B.01, CEP)

L'auteur développe les raisons pour lesquelles il y aurait résistance des soignants à construire et à s'investir dans la relation éducative. Son argumentation articule 4 notions: le temps, la compétence, l'estime et l'autonomie.

POUSSIN G., *Psychologie de la fonction parentale*, Toulouse, Ed. Privat, Col. Familles/Clinique, 1993, 266 p. (Localisation: RESO II.06.03.06)

L'ampleur des dysfonctionnements familiaux et la croissance du nombre de séparations et des divorces rendent plus que jamais nécessaire une meilleure compréhension de la fonction parentale. L'auteur envisage ici la fonction parentale au quotidien, à travers ses conséquences psychologiques sur l'enfant et sur ses parents. Sa réflexion, fondée sur une pratique clinique originale, permet de mieux percevoir les besoins de l'enfant notamment dans les cas de démission ou de carence parentale.

ROOSEN M., *Communication audiovisuelle et éducation pour la santé: une étude en milieu scolaire*, Thèse de doctorat en Communication Sociale, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, mai 1992, 5 vol. (Localisation: RESO A.07.01.46-1 à 6)

Le travail théorique porte essentiellement sur le développement cognitif tant chez l'enfant que chez le sujet adulte. L'objectif de la communication en éducation pour la santé est présenté comme orienté vers la capacité d'un comportement lucide. Accroître la compétence pour augmenter la liberté. Le plan expérimental adopté vise à déterminer si la communication audiovisuelle assure une transmission et détention des messages égale ou supérieure à celle de l'écrit. Y a-t-il des différences significatives suivant les publics et le type d'images utilisé. Un vidéogramme a été ainsi réalisé sur les bonbons et comparé à une présentation écrite. Le travail ne pose pas la question de l'efficacité en termes de modification de comportement. Il se situe au plan des conditions préalables au choix lucide.

### Santé communautaire

*Les centres de santé et l'Europe de la santé. Les centres de santé rôle et place de la population, Colloque de Bruxelles, 1er octobre 1988, SECRETARIAT EUROPEEN DES PRATIQUES DE SANTE COMMUNAUTAIRE,*

*Bruxelles, Ed. Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire, 1988, 157 p. (Localisation: J.02.01.10)*

Le secrétariat européen des pratiques de santé communautaire consacre sa première rencontre au thème de la participation de la population. Il montre par là l'existence à travers l'Europe non seulement d'un courant de pensée, mais d'une réalité de pratiques visant à une approche globale de la santé et soucieuse d'adapter les contenus plus que les formes des structures de santé primaire aux besoins actuels des populations. Dès lors que la santé tant individuelle que collective est la résultante d'influences multiples, de l'écologie de l'esprit à l'environnement socio-économique, la médecine n'est pas la seule réponse aux problèmes de santé.

PARET H., *Introduction à la santé communautaire*, Toulouse, Ed. Privat, Col. Santé-Santé, 1988, 174 p. (Localisation: RESO WA.00.10)

Ce livre rassemble, sous un volume réduit, le minimum de connaissances de base nécessaires pour comprendre ce que recouvre la notion de santé communautaire et comment mettre en oeuvre pratiquement une action de santé communautaire. L'ouvrage s'adresse donc à un public assez large: outre les membres des professions médicales et paramédicales, il faut citer les différents travailleurs sociaux, les responsables et membres d'associations à visée plus particulièrement médico-sanitaire ou sociale, les responsables politiques... sans oublier tous ceux qui s'intéressent non seulement à leur propre santé mais aussi à celle des autres membres de la communauté. L'auteur: Henri Paret est à la fois médecin et économiste. Il exerce la profession de consultant en santé publique et en économie de la santé auprès de différentes organisations internationales, de bureaux d'études et de diverses institutions.

POHIER M., *Notre santé... une école de vie. Expérience de santé communautaire*, Lyon, Ed. Chronique sociale, Col. L'essentiel: comprendre la vie sociale, 1992, 234 p. (Localisation: RESO WA.17.02)

Cet ouvrage décrit 20 années d'histoire d'une équipe d'infirmières de soins à domicile. Elles racontent comment à partir de leur travail, les infirmières ont, dans leur quartier, commencé à constituer avec les habitants et des multiples partenaires, un nouveau tissu social. Attentives à la dimension humaine des gens de leur quartier, c'est grâce à l'analyse de situations individuelles qu'elles repèrent la fréquence des problèmes qui se posent à la population et découvrent, entre autres, chez les adolescents, de graves problèmes de santé: des grossesses ou IVG chez de très jeunes filles, une recrudescence des maladies sexuellement transmissibles, une montée de l'alcoolisme, de la drogue, du tabagisme. A partir de ces constatations, elles mettent en oeuvre des actions qui s'ancrent dans la réalité quotidienne, où les personnes concernées deviennent acteurs directs de la recherche. Elles réalisent des fiches d'information sur des thèmes en réponse aux préoccupations des gens, en favorisant le préventif pour éviter le curatif. Passage des projets individuels à des projets

«Naître en santé» dépend de facteurs biologiques, environnementaux, comportementaux autour de la grossesse. L'issue de la naissance est donc multifactorielle. La prévalence de la mortalité périnatale est plus importante dans les milieux socio-économiques défavorisés telles les populations immigrées marocaines. Un suivi prénatal optimal a un effet favorable sur l'issue de la grossesse. La question-problème posée par l'auteur est la suivante: comment les différents facteurs intervenant dans l'issue de la grossesse maximisent-ils le potentiel santé de l'enfant à la naissance, face à la prévalence plus importante de la périnatalité et à l'utilisation tardive et irrégulière des services de santé prénataux chez la femme marocaine immigrée en Belgique. Chez la femme marocaine, les représentations de la grossesse, de la périnatalité et des services de soins prénataux sont différentes. Elles peuvent être, dès lors, une tentative d'interprétation de la plus forte prévalence de la périnatalité et de l'utilisation tardive des services prénataux. Face à ces comportements tardifs de type préventif, ces populations adoptent peut-être d'autres comportements préventifs non régis par le monde biomédical occidental mais culturellement véhiculés, voire valorisés par la société marocaine. Dans le cadre de cette recherche, l'approche socio-anthropologique de la périnatalité dans la population marocaine en Belgique, a été privilégiée par rapport aux autres approches épidémiologique, médicale ou démographique.

Santé, grossesse, périnatalité sont étroitement liées. Les comportements autour de la grossesse s'inscrivent donc dans un cadre culturel déterminé. De plus, aborder le comportement préventif fait apparaître comment, dans différentes cultures, sont appréhendés la mort, la maladie et le malheur.

MERCIER M., DELVILLE J., *Aspects psychosociaux en éducation pour la santé, Bruxelles, Ed. De Boeck-Université, Col. Savoirs & santé, 1988, 117 p. (Localisation: RESO WB.00.00.05)*

Voici un ouvrage collectif de chercheurs et d'enseignants qui ont collaboré à la mise en oeuvre des modules de cours en éducation pour la santé organisés par le département de Psychologie de la Faculté de Médecine des Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix. Il vise à fournir un aperçu des mécanismes psychologiques et sociaux à des professionnels (infirmières, psychologues, médecins, assistants sociaux, éducateurs) qui interviennent sur divers terrains dans le champ de l'éducation pour la santé. Avec le souci de fournir des outils théoriques et méthodologiques précis, adaptés aux préoccupations des professionnels de la santé, ce livre cherche à présenter une démarche pluridisciplinaire qui tienne compte des dimensions relationnelles, organisationnelles, institutionnelles et culturelles dans la prévention et l'éducation pour la santé. Il applique ces mécanismes à des publics-cibles spécifiques ayant des caractéristiques psychologiques et sociales particulières, notamment les handicapés et les personnes sans travail.

## Relation

BARRERE H., *La relation psychosociale avec les personnes âgées, Toulouse, Ed. Privat, 1993, 171 p. (Localisation: RESO II.07.00.16)*

Rares sont actuellement les ouvrages de synthèse considérant la personne âgée comme individu à part entière. Sans doute existe-t-il des livres explorant les dimensions médico-sociales de la gérontologie mais la personne âgée y est souvent uniquement considérée en terme de quantité de soins à assurer en fonction de ses handicaps. En offrant un état des lieux rigoureux des différentes pratiques de soin et de prise en charge sociale des personnes âgées, l'ouvrage veut combler ce manque ressenti par l'ensemble des professionnels de ce secteur. La personne âgée s'y trouve constamment placée au centre des diverses approches. Des chapitres de synthèses sont consacrés aux aspects biologiques et psychologiques, à la réanimation cognitive, aux techniques d'accompagnement de fin de vie et de développement personnel ainsi qu'aux aspects sociaux de l'assistance. Ils permettent au professionnel d'avoir une vue d'ensemble du champ gérontologique et de placer la relation au coeur de sa pratique de soin.

JAUNIAUX E., TAEYMANS B., CEUSTERS H. P., *Pour une meilleure communication avec son médecin. in: BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT A SA MALADIE, Vol. XII, n°4, décembre 1994, pp. 80-81. (Localisation: RESO B.01, CEP)*

Les auteurs expliquent le projet que deux cadres du mouvement de l'Association Chrétienne des Invalides et Handicapés souhaitaient aborder comme thème d'année 92-93 : la problématique de la relation soignant-soigné. Il s'agit là d'une expérience intéressante au sein du mouvement plus enclin à une éducation pour la santé au coup par coup qu'à une véritable campagne de sensibilisation à long terme. Un réel effort a donc été consenti par les quatre sections locales qui ont participé à l'opération. Les auteurs abordent: le départ du projet, son évaluation préalable, ses objectifs, les animations réalisées et ce qu'il reste à effectuer.

MASSE J., *L'amélioration du vécu de la souffrance chez le patient cancéreux ... un art de communication, mémoire de licence en éducation pour la santé, Université catholique de Louvain, Vol. I-II, Louvain-en-Woluwe, septembre 1993, 213 p. (Localisation: RESO A.07.02.96)*

De nombreux facteurs déterminent l'expérience douloureuse du patient cancéreux. Or ces facteurs altèrent la qualité de vie du malade. Partant de l'hypothèse que la communication soignant-soigné possède des vertus thérapeutiques à même d'améliorer le vécu du patient, l'auteur a tenté d'en dégager les éléments fondamentaux à l'aide d'un modèle explicatif. On a pu identifier de nombreux facteurs susceptibles d'influencer la qualité de la communication soignant-malade cancéreux. L'auteur les a confrontés aux témoignages des différents acteurs impliqués dans ce processus de changement. Les résultats

## La promotion de la santé, un outil merveilleux

**Allocution de Madame Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française chargée de la Promotion de la Santé**

*En guise d'introduction aux débats qui vont se dérouler tout au long de cette rencontre, je voulais vous dire quelques mots afin de vous exprimer ma satisfaction de voir se dérouler une journée comme celle d'aujourd'hui consacrée aux rapports liant social et santé.*

*En effet, on a trop souvent tendance à considérer la santé comme un élément de la sphère privée, un domaine essentiellement individuel et donc nécessairement vécu de façon subjective.*

*Or, depuis longtemps déjà, on met en avant les responsabilités collectives par rapport à la santé et à la prévention.*

*En mai 1977, la 30ème Assemblée mondiale de la santé lance le défi d'une santé pour tous en l'an 2000.*

*Cette perspective, si elle ne signifie pas la disparition de toutes les maladies, implique une approche nouvelle des problèmes de promotion et de protection de la santé en en faisant le préalable nécessaire au développement économique et social.*

*On assiste au développement du concept de promotion de la santé. De moins en moins, on va s'attarder aux facteurs de risques. On va se pencher sur le public, ses modes de vie et ses habitudes. On va cesser de viser les capacités individuelles. On va plutôt travailler au développement des aptitudes sociales. Les solutions imaginées seront communautaires.*

## La santé, cela s'apprend aussi socialement... et continuellement

J'ai délibérément choisi de ne pas chercher à circonscrire le débat proposé mais à l'inscrire dans quelques questions parmi d'autres possibles, qui voudraient partir de l'apprentissage pour ouvrir sur l'homme et la société.

Tout d'abord ne faut-il pas s'interroger sur les grands «cadres» (pour éviter le mot «théories») de l'apprentissage, et leurs articulations, ici comme ailleurs: ainsi, entre apprentissage individuel, «tout est joué à 5 ans» et apprentissage social, par exemple l'«hérité» de la pauvreté ou de l'exclusion, comment situer les apprentissages familiaux et scolaires.

A propos des apprentissages familiaux, on doit évoquer les grands programmes centrés sur le rôle des femmes et des mères; ensuite, entre famille et école, se trouve le lieu des apprentissages par les pairs; enfin pour les apprentissages scolaires, on ne peut éviter d'ouvrir la question de la mission de l'école, par exemple de savoir si l'on veut une école de la vie plutôt qu'une école de matières, dites de plus

*Cette approche est pour nous primordiale parce qu'elle globalise les problèmes et nous force à inscrire nos actions dans un projet de société.*

*Conscientiser les personnes par rapport aux potentialités qui sont les leurs;*

*Aider chacun à devenir acteur de sa vie, de son avenir et du devenir de tous;*

*Permettre à chacun d'être un agent de changement en lui donnant les moyens;*

*Mettre en place les structures qui favorisent ce processus;*

*Responsabiliser sans culpabiliser;*

*Eduquer en autonomisant;*

*Casser l'isolement et l'individualisme;*

*Faire de la santé un outil de socialisation;*

*Telles sont bien nos missions.*

*La promotion de la santé est pour nous un outil merveilleux. Elle nous questionne sur l'état de notre société. Elle nous renvoie aux valeurs qui sont les nôtres ici et maintenant. Elle quitte le domaine du comportemental. Elle nous permet de construire ensemble une solidarité de chacun pour le mieux-être de tous.*

*Une journée de réflexion comme celle d'aujourd'hui doit nous faire avancer dans cette voie. Nous allons pouvoir évaluer nos connaissances, nos attentes, nos demandes. Nous devons aller de l'avant tant dans nos rapports avec le monde médical qu'avec les intervenants sociaux. Mais surtout, nous devons, plus que jamais travailler à cerner ce social sur lequel nous avons pour mission d'agir. Nous devons sortir du symptôme pour toucher la cause et y remédier.*

«neutres»... Une école pour apprendre à apprendre à vivre... et notamment à se réapproprier sa santé...

Mais comment éviter dans ce cas qu'enseigner l'autonomie ne constitue une antinomie irréductible? A notre avis, il devient possible de l'envisager différemment dans la mesure où l'«empowerment» serait accepté comme objectif et ligne de force de l'entreprise éducative et déterminerait ainsi une éducation continue de l'école maternelle à l'éducation permanente des adultes (empowerment traduit par A. Gélinas comme «gestion appropriative de la santé»). Les rapports entre alphabétisme et santé ou même le rôle de l'éducation dans les inégalités en matière de santé sont suffisamment documentés pour indiquer une voie.

Donc repenser l'école...

Mais on est en droit ici de demander l'éducation pour la santé, au nom de quoi? Comme l'éducation obligatoire pour tous, au nom de la démocratie, des droits de l'homme...

me, du droit de savoir, du droit à l'information; c.à.d. donc au nom de l'égalité des chances, plus exactement du redressement/de la réduction des inégalités, entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas, ceux qui ont pu et peuvent savoir, et les autres ?

Mais alors ceci implique une orientation préférentielle et délibérée des programmes vers ces populations...

D'autant sans doute que tout ceci se déroule dans ce qu'on a appelé un bain d'informations, où les pratiques commerciales et publicitaires sont prépondérantes.

Au-delà de la banalité de l'évidence du fait, il faut se rappeler que l'on parle donc par exemple pour les pratiques commerciales de l'intoxication active des populations: de l'héroïne, l'alcool et le tabac, au beurre, au sucre et au chocolat.

Pour les pratiques publicitaires, qui y sont fondamentalement liées, on retiendra surtout parmi les diverses méthodes, ce qui relève de cette «persuasion clandestine» qu'est la fabrication d'images «neutres», normes, idoles et héros, mais aussi parmi eux les triomphes de la biotechnologie médicale, véhiculant un modèle de la maladie, de la médecine et de la santé.

Il n'y a pas de différence d'essence avec les pratiques professionnelles, qui elles aussi interviennent dans la problématique autonomie/hétéronomie, ou expropriation/réappropriation de la santé.

Reste quand même, en filigrane mais centrale, la question de la responsabilité individuelle, fondement même de l'autonomie; et en contrepoint, celle de l'Etat, c.à.d. des autres, et notamment à payer, mais jusqu'où, pour les victimes «consentantes» (?)...

Repenser la santé...

Ceci ouvre à son tour sur la fonction et la responsabilité d'informer le débat public sur le système de santé: au premier plan, la maîtrise des coûts mais en y incluant l'allocation des ressources sinon leur origine, ainsi que la pla-

## Bien gérer sa santé?

Quelles sont, aujourd'hui, les valeurs au nom desquelles on aborde les questions de santé? Plus précisément, quelle est la logique dans laquelle se pense aujourd'hui la santé, et d'un point de vue plus général, la vie et l'être humain?

Certains ont pu critiquer avec la médecine scientifique (ou curative) le danger d'une médicalisation de la vie. Cette affirmation doit être nuancée car on s'aperçoit aujourd'hui qu'à travers une planification économique de plus en plus pressante, c'est en dernière instance cette logique économique qui s'impose dans la **gestion** de la santé.

ce et les limites de l'intervention de l'Etat; et donc aussi l'efficacité des interventions, y compris la qualité des soins. Informer, ce n'est pas seulement que les scientifiques informent les décideurs, mais c'est autant que les citoyens soient informés d'une façon qui leur permette de participer activement aux prises de décision.

Devoir d'information donc, mais d'une information indépendante, qui interroge «efficacement» l'information fournie plutôt que de la transmettre telle quelle «efficacement». Si la santé publique est la santé du public, de la population, il s'agit donc de reconnaître voire de (re)donner à la population le rôle de sujet acteur, de contribuer à augmenter sa capacité à construire l'information nécessaire à la prise de décision ainsi qu'à développer les moyens de prendre des décisions; au-delà de la participation, c'est l'empowerment. Alain Deccache et moi avions intitulé la collection chez De Boeck «Savoirs et Santé»; peut-être aurions-nous dû choisir plutôt «Pouvoirs et Santé»?

L'éducation ne revient-elle pas ainsi à ses sources vives voire éternelles, la lutte contre l'obscurantisme? Obscurantisme religieux, et il faut évoquer certaines positions sur la prévention du sida; obscurantisme professionnel, et l'on peut penser aux réticences au développement des droits des patients; obscurantisme politique, et il faut faire état des retards apportés à la publication de rapports «publics» sur les inégalités en matière de santé dans plus d'un pays.

De l'éducation des patients à celle des citoyens, un même combat? Sûrement un même bateau, sinon une même galère.

Mais alors ne court-on pas le risque de remplacer des normes sociales par... d'autres normes sociales, bien entendu vues comme «libératrices»; mais quid de l'illusion des révolutions?

Repenser la vie publique...

J.A. Bury, RESO UCL et OMS

## Un "capital" à "bien gérer"?

Le problème de notre société, c'est en effet celui de la gestion. Comment faire pour gérer notre temps, notre santé, notre vie professionnelle, la crise politique, etc.? Gérer les problèmes humains, on peut le faire à la place des individus ou en leur apprenant à les gérer eux-mêmes d'une manière autonome. Mais dans les deux cas, une même difficulté apparaît: on ramène tous nos problèmes à des questions d'ordre strictement technique à savoir «qui fait quoi et comment?». A ce niveau, on est rassuré puisqu'il y a toujours des solutions, elles aussi techniques, qu'elles soient de l'ordre de la connaissance ou d'un savoir-faire quelconque.

la société. Pour la première fois, les stratégies qui vont permettre de faire face à un problème majeur de santé publique sont liées de façon inextricable et explicite aux interrogations sur les droits de l'homme, et le développement du monde contemporain.

## Représentation de la santé

*Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé, Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985, COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE (CFES), Paris, Ed. CFES, 1986, 297 p. (Localisation: RESO WB.06.24)*

Le Colloque de Dourdan a été la première manifestation du genre dans le champ de l'éducation pour la santé, aussi bien en France qu'à l'étranger. Il avait pour but de soumettre la démarche globale et les problématiques de l'éducation pour la santé à l'analyse et à la critique des chercheurs fondamentalistes en sciences humaines de la santé.

AIACH P., BON N., DESCHAMPS J.P., *Comportements et santé: questions pour la prévention, UNIVERSITE DE NANCY, Nancy, Ed. Presses universitaires de Nancy, Col. Sciences et médecine, 1992, 247 p. (Localisation: RESO WA.13.00.01)*

Une part importante de la prévention s'appuie aujourd'hui sur la tentative de modifier des comportements, individuels ou collectifs, réputés nuisibles à la santé. Cette approche, communément admise, ne va pourtant pas d'elle-même: un panel de chercheurs et praticiens de la santé a été sollicité pour la discuter à partir de l'apport des différentes sciences biomédicales et humaines. Ceux-ci s'attachent à définir les fondements anthropologiques de la prévention et à étudier les comportements qui s'y rapportent dans la société occidentale, sans omettre leurs déterminants. Ils cherchent à expliciter l'histoire et les principes de la prévention moderne, en interrogeant, du point de vue de leur validité et de leur efficacité, les savoirs sur lesquels elle repose. Ils tentent enfin de cerner les moyens et les limites de la prévention, à partir de l'examen critique des outils et des concepts théoriques, du rôle des différents acteurs sociaux et décideurs, en tenant compte des enjeux politiques, idéologiques et économiques existants dans ce domaine.

D'HOUTAUD A., FIELD M.G., *La santé: approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société, Nancy, Montréal, Ed. Presses universitaires de Nancy, Agence d'Arc, 1989, 256 p. (Localisation: RESO WA.00.17)*

Ce livre propose d'examiner les représentations et les fonctions de la santé dans la société d'aujourd'hui. Au lieu de l'insistance habituelle sur la maladie, il aborde la santé comme élément de bien-être. En définitive, l'image que les gens ont de la santé détermine leurs conduites quand elle est menacée. La santé intervient à la fois comme une ressource naturelle de la société et comme un bien individuel qu'il faut protéger ou conserver. Ce livre est constitué d'études approfondies des représentations de la santé à partir d'investigations sur de larges échan-

teillons de personnes bien portantes, et de considérations sociologiques sur la fonction de la santé contemporaine. Il s'adresse non seulement aux spécialistes, professionnels de la santé, aux chercheurs en sciences sociales, aux étudiants de diverses disciplines, mais aussi à un public plus large préoccupé par la santé et ses carences éventuelles.

D'HOUTAUD A., FIELD M., GUEGUEN R., *Les représentations de la santé: bilan actuel nouveaux développements, Colloque INSERM, Nancy, 20 au 22 octobre 1988, INSERM, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, Paris, Ed. INSERM, 1989, 497 p. (Localisation: RESO WA.00.12)*

DUPONT J., *Analyse des représentations sociales de la maladie du sida auprès des professionnels de santé dans le cadre de la relation «soignants/patients séropositifs au VIH». Etude réalisée dans un service d'hospitalisation qui accueille entre autres des personnes toxicomanes. De la communication aux impasses d'une rencontre... mémoire de licence en éducation pour la santé, Université catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe, Ed. UCL, juin 1993, 117 p. (Localisation: RESO A.07.02.89)*

Cette recherche qualitative et exploratoire a tenté de faire émerger des représentations sociales de la maladie du sida auprès de professionnels de la santé d'un service hospitalier qui accueille, entre autres, des personnes toxicomanes. Cette étude s'est réalisée dans le cadre de la relation soignant/soigné (professionnels/personnes séropositives au VIH). Ses objectifs sont: faire émerger et essayer de mieux cerner quelques représentations sociales de la maladie du sida auprès des professionnels de santé de ce service, repérer les relations entre ces représentations et la communication entre ces professionnels de la santé et les résidents séropositifs au VIH, en terme de frein, de facteurs favorables, de biais... et estimer avec les professionnels de ce service hospitalier des biais, des barrières mais aussi des éléments favorables à la communication dans une relation «soignant-soigné». A partir d'expériences professionnelles enrichies de rencontres de spécialistes et d'une recherche théorique sur la problématique du sida et de la toxicomanie, et à partir de questions sur la communication dans la relation soignant-soigné, l'auteur s'est confronté à des concepts tels que représentation sociale et attitudes, risques... etc, pour arriver à proposer une articulation théorique sur laquelle la démarche empirique s'est fondée. Dans ce mémoire, on a pu mettre en évidence une démarche en éducation pour la santé dirigée vers les professionnels. Par une démarche exploratoire, l'auteur s'engage dans une réflexion sur un processus d'auto-formation en équipe inscrit dans une dynamique collective.

HERICKX M., *Un autre regard sur la grossesse en milieu marocain: approche qualitative des représentations et comportements de santé chez les femmes immigrées, mémoire de licence en éducation pour la santé, Université catholique de Louvain, Louvain-en-Woluwe, septembre 1993, 141 p. (Localisation: RESO A.07.02.99)*

## Ressources documentaires

Afin d'illustrer la réflexion autour de l'apprentissage social de la santé, nous avons sélectionné quelques notices bibliographiques extraites de la base de données partagée DOCTES. Nous avons choisi délibérément, d'une part des ouvrages de base à contenu large, et d'autre part des ouvrages qui présentent une étude ou une expérience appliquées à un public déterminé.

L'anthropologie sociale et/ou culturelle relative à la santé (95 documents), les représentations (173 documents), les relations (561 documents) et la santé communautaire (45 documents), sont les concepts qui ont été privilégiés. Il est évident que la date de publication du document a été aussi un critère déterminant.

### Anthropologie

BERNARDIS M.A., *L'homme et la santé*, Paris, Ed. Seuil, 1992, 319 p. (Localisation: RESO G.03.04)

Qu'est-ce que la santé ? Quelles sont les causes des maladies et comment soigner le malade ? Si les réponses ont varié, au cours des siècles et des civilisations, les hommes se sont toujours posé ces questions. La biologie et la médecine ont, en quelques décennies, vu s'accomplir des progrès décisifs. La connaissance progressive du génome humain par exemple permet de mieux comprendre les maladies génétiques ou d'autres mécanismes pathologiques. Mais soigner ne relève pas de la seule science. Santé de l'individu et santé publique, s'inscrivent dans l'ordre des représentations subjectives et des conceptions sociales. Cet ouvrage pluridisciplinaire réunit la contribution de 43 auteurs autour de trois thèmes: conceptions de la santé et de la maladie, médecine et biologie, questions de santé (économiques, politiques ou éthiques...)

CASTRO A., *Anthropologie: nutrition et santé publique*, ADLF, n°3, Paris, 1992, pp. 29-32 (Localisation: ICAN)

Cet article rend compte d'un travail d'analyse de la contribution de l'anthropologie à l'étude interdisciplinaire de l'alimentation humaine. L'étude socio-culturelle de l'alimentation est une tendance récente de la recherche, appelée anthropologie nutritionnelle ou anthropologie alimentaire.

DELIEGE R., *Anthropologie sociale et culturelle*, Bruxelles, Ed. De Boeck Université, Col. Ouvertures sociologiques, 1992, 281 p. (Localisation: RESO G.01.01)

Aujourd'hui, les bandes de chasseurs-collecteurs ne représentent plus qu'une infime, quoiqu'essentielle, partie des recherches anthropologiques, mais les ethnologues se sont tournés vers des sociétés dites complexes, comme l'Inde, le monde arabe, l'Amérique latine ou même l'Europe occidentale, à propos desquelles ils pensent avoir quelque chose d'original à dire. Cette originalité tient, pour une bonne part dans la méthode d'investigation que l'on a appelé observation participante. L'anthropologie sociale oscille alors entre «un savoir local», une connaissance des modes de vie des différents peuples de

la planète, et un «savoir global», une approche de l'homme en société; entre une ethnographie et une anthropologie, une étude de la différence et celle de la comparaison. A travers quelques grands thèmes, l'auteur tente de saisir ici l'originalité de la démarche anthropologique. De l'évolutionnisme au structuralisme, il retrace les grandes étapes qui ont marqué le développement de cette aventure intellectuelle.

FERRANT L., *L'approche interculturelle: point de départ d'une meilleure compréhension de chaque patient*, in: BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT A SA MALADIE, Vol. XII, n° 3, septembre 1993, pp. 59-60 (Localisation: RESO B.01, CEP)

Pour une approche interculturelle de la relation thérapeutique. De la dimension biomédicale à la dimension symbolique de la plainte. Le regard et le corps comme support de la thérapie.

HUBERT A., *L'anthropologie nutritionnelle: aspects socio-culturels de l'alimentation*, in: CAHIERS D'ETUDES ET DE RECHERCHES FRANCOPHONES SANTE, Vol. I, n° 2, juin 1991, pp. 165-168 (Localisation: RESO C.24)

Cet article couvre les aspects non nutritionnels de l'alimentation. Il résume les diverses étapes méthodologiques utilisées par les anthropologues de l'alimentation pour décrire et analyser un système alimentaire dans toute sa complexité sociale et culturelle. Il insiste sur l'alimentation comme moyen d'expression symbolique des groupes humains et sur l'importance qu'il y a de la comprendre pour toute action en santé publique.

LABAT C., VERMES G., *Qu'est ce que la recherche interculturelle ? Colloque international, Paris, octobre 1991, ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE INTERCULTURELLE (ARIC), Vol. II, Paris, Ed. ENS Editions Fontenay/St-Cloud, Editions L'Harmattan, Col. Espaces Interculturels, 1994, 428 p. (Localisation: RESO II.09.08)*

Cet ouvrage présente des analyses de situations d'interaction aussi variées que les mariages mixtes, la dynamique des groupes restreints, la formation d'adultes ou encore la conception de programmes audiovisuels à l'échelle européenne.

Les différents contextes d'interculturalité révèlent la complexité de certains modes de socialisation, de sociabilité et d'échange. Ils engendrent des malentendus, conflits et négociations inédits. C'est dire que les individus, les groupes et les institutions sont conduits à élaborer des stratégies de construction de sens et de représentations communs, et peuvent être confrontés à des échecs. Il en émerge une conception renouvelée de notions clés telles que «culture», «sens», «interculturel»...

*Sida et société*, in: PREVENIR, n° 25, 1993, 176 p. (Localisation: RESO P.18)

On peut dire que la pandémie du VIH mène la civilisation au seuil d'une ère nouvelle dans l'histoire de la santé et de

Mais allons un peu plus loin dans notre réflexion. Aujourd'hui, on ne se contente pas de gérer: encore faut-il bien gérer! Par cette allusion au bien, j'évoque ici le prétexte du retour à l'éthique que nous signalent les sociologues.

Aussi, demandons-nous ce que signifie par exemple «bien gérer sa vie»? Une vie bien gérée est une vie épanouie ou si l'on préfère une vie **rentabilisée**. Il suffit d'observer ce que spontanément nous souhaitons pour nos enfants: nous espérons en effet qu'ils évitent nos erreurs, qu'ils s'épanouissent dans leurs études et dans leur carrière professionnelle, voire dans leur vie de couple. Combien de fois ne nous faisons-nous pas la remarque à propos de certaines personnes que tout semble abandonner: «Finir ainsi alors qu'il avait tout pour réussir!». Ou à propos d'un décès prématuré: «Toutes ces années encore à vivre qui s'envolent en fumée». La vie n'a de sens, elle ne vaut la peine d'être vécue que si elle est épanouissante, que si elle est rentabilisée.

Que conclure? Que spontanément, nous concevons la vie sur un modèle ou selon une logique «économique»: l'existence est un «capital d'années à vivre» qu'il s'agira de rentabiliser, d'exploiter via des techniques appropriées (éducation, etc.) en vue d'en retirer un **bénéfice**: l'épanouissement de soi, du bonheur, etc.

S'il est bien un domaine où cette logique «économique» s'impose, c'est celui de la santé. Que ce soit dans des revues scientifiques ou dans des publicités, on nous présente en effet la santé comme un capital (on parle de capital-santé) qu'il s'agit de gérer convenablement (via prévention, éducation, traitement, jogging, etc.) en vue d'en retirer un profit: que ce soit ajouter des années à la vie ou de la vie aux années.

Ainsi, tout comme le discours scientifique a modifié la représentation de la santé, le discours économique -et sa logique- en transforme aujourd'hui l'approche.

### Et le non-rentable?

Si nous avons en nous un schéma corporel sur fond duquel nous vivons notre corps, on peut dire en un certain sens que nous avons un schéma «existentiel» sur fond duquel nous vivons notre existence. Or, la gestion économique de la santé obéit à une éthique et à une idéologie de la vie toutes deux axées sur la valeur de rentabilité. Une telle valeur fait problème en ceci qu'elle évacue de notre schéma existentiel le non-rentable. Lorsque la vie n'a de sens qu'à la condition d'être épanouissante ou rentable, quelle place laissons-nous à la mort, à la souffrance, à l'échec? A comprendre toute chose en terme de capital à exploiter et donc à gérer, que faisons-nous de ce qui ne peut être exploité, de ce qui compromet la rentabilité?

Les sociologues ont, d'une part, très bien montré que face à toutes les données qui échappent à notre univers rationnel et sécurisant, nous pratiquons le déni (que ce soit par le silence où le trop-plein de paroles): déni de la mort, déni de la violence, déni de la souffrance, déni de l'échec. D'autre part, ils ont mis en évidence que ces

formes de déni étaient pathogènes tant sur le plan social qu'individuel: incapacité à assumer un deuil, dépendance accrue par rapport aux professionnels devenus indispensables pour nous aider à gérer ces problèmes. Occulter la mort, la violence entraîne aussi, ce que l'on dit moins, une fragilisation du lien social, au profit des professionnels eux-mêmes.

En ramenant tout à un problème technique à gérer, à rentabiliser, on ne laisse donc aucune place à la mort, à la souffrance et à l'échec. On s'enferme dès lors dans un monde imaginaire ou infantile: monde irréel, magique qui empêche d'assumer l'existence et la vie sociale dans ce qu'elles ont d'irrationnel, de non-rentable, de gratuit, d'insécurisant, voire d'injuste.

L'éducation à la santé peut renforcer la logique et l'éthique ici dénoncées et donc, malgré (ou à travers) son souci pédagogique d'autonomisation, renforcer l'infantilisation des individus. L'éducation à la santé vise dans ce cas l'apprentissage -que ce soit par «dressage» ou par «participation», que ce soit par «répression» ou par «incitation» - des connaissances et des techniques pour gérer son capital-santé en vue d'une vie sociale et individuelle heureuse: cette finalité étant en réalité largement compromise, comme nous l'avons vu. Sous couvert d'apprendre à se protéger de la maladie, la promotion d'une vie sans risque peut être le meilleur moyen de se protéger de la vie elle-même.

Bref, l'éducation à la santé ne doit pas d'abord apprendre à gérer la vie: en ne se préoccupant que de gestion, on ne pense plus ce que l'on gère.

### Que faire?

Faut-il encore éduquer à la santé? Et si oui, sur quelle base?

Michel de Montaigne (1533-1592) écrit dans ses "Essais": «Qui apprendrait les hommes à mourir, leur apprendrait à vivre». Apprendre à vivre, ce n'est pas d'abord ajouter de la vie aux années et/ou des années à la vie. C'est avant tout laisser une place à la mort, retrouver un sens à la souffrance, à la non-performance, à l'échec.

La notion de santé ici impliquée se rapprocherait sans doute de celle de Canguilhem lorsque, transposant un mot de Valéry, il affirme que «l'abus de santé fait partie de la santé». En effet, la santé elle-même est aussi (mais pas seulement) le lieu de la dépense en pure perte, de la non-rentabilité.

Apprendre à vivre, ce serait donc apprendre que tout ne s'apprend pas, ne se maîtrise pas. Le danger qui guette le professionnel de la santé consiste précisément à omettre qu'il est des domaines de la santé -telle la mort- où l'on reste en quelque sorte un perpétuel amateur, où le professionnalisme n'est plus de mise (si ce n'est pour protéger le «professionnel» lui-même). Le danger pour l'éducateur en santé, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la

souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute.

Cela signifie que l'éducateur en santé -et tout professionnel quel qu'il soit- doit d'abord penser la santé, penser la vie et surtout les valeurs qui sont sous-jacentes... en n'ayant pas peur de prendre distance par rapport aux discours dominants et surtout en ne craignant pas de remettre en question ses propres compétences. Ensuite, ce à quoi devraient travailler les acteurs de la santé (et on est

tous, en quelque sorte un acteur de la santé), c'est à ré-approprier la mort en inventant de nouvelles ritualisations (sociales) en redonnant un sens (commun) à la souffrance et à l'échec. Ce faisant, on ne jouerait pas le sombre rôle de «fossoyeur» de la vie. On ferait office non de croque-mort par anticipation mais, bien au contraire, de «croque-vie».

**J.-M. Longneaux**, Facultés Notre Dame de la Paix (Namur)

## La cognition sociale et l'apprentissage pour la santé

L'évolution des connaissances lors des dernières décennies nous a portés à considérer comme recevables pour fins d'action, diverses perspectives scientifiques qui nous permettent de comprendre et d'expliquer les phénomènes qui nous questionnent autant en théorie que dans la pratique. D'un passé de recherche univoque qui laissait peu place à l'alternative, on est arrivé à une multiplicité de modes d'interprétation qui sont en concurrence pour orienter les gestes des acteurs de terrain aux prises avec la souvent difficile mise en place d'actions valables pour les clientèles qu'ils desservent.

Au-delà des théories ou des perspectives disponibles aussi, différents modes d'interprétation de la réalité qui nous entoure permettent de regarder le quotidien soit comme un produit, soit comme un construit. On entend par là que pour d'aucunes théories, la réalité préexiste aux humains qui la vivent avec pour conséquence pratique que le rôle du praticien en est un de chercheur de modèles préétablis sur lesquels il peut axer son intervention avec la certitude de leur bien-fondé ontologique. Selon d'autres perspectives de souche plus récente par contre, il ne convient pas de chercher un mode approprié d'intervention, qui soit hors du champ de pensée des acteurs sociaux puisque ces mêmes acteurs sont les producteurs de leur réalité. Dans ces cas, l'intervention prend un tout autre sens il va sans dire.

L'existence de ces orientations théoriques passées dans le champ des connaissances a produit des conséquences que je vais m'efforcer de décrire dans leur rapport à l'apprentissage dans le domaine de la santé avant de faire valoir la pertinence pour les intervenants de questionner les conséquences de ces choix pour leur action.

### La santé: état ou produit social

Il est généralement admis que la santé peut être abordée comme un état, ou comme un processus selon plusieurs, qui s'apprend. Voilà une position intéressante en soi qui implique au départ que l'individu ne possède pas dans ses gènes les scripts lui dictant comment aborder sa propre santé. On peut y décoder aussi qu'il n'est pas seul dans la recherche de la vérité quant à son mieux-être, l'apprentissage ne se réalisant pas dans un vacuum. On doit comprendre par là que la santé s'apprend dans des

contextes sociaux, en référence à des acteurs (intervenants, enseignants, groupes de soutien, etc.) qui ont pour mission de favoriser directement ou indirectement ces apprentissages alors que des situations sociales adverses peuvent les inhiber (contraintes socio-économiques, culturelles, institutionnelles, les pairs, etc.).

Mais une fois qu'on a avancé ces premières constatations, on en est toujours à un premier niveau d'interprétation du social qui est celui que les théories dominantes nous ont permis de mettre à jour avec beaucoup d'exactitude mais aussi avec des conséquences importantes pour la compréhension du rôle du social dans l'élaboration de la réalité qui nous entoure. Prétendre par exemple que la santé s'apprend socialement, c'est aller au-delà de cette surface «sociale» pour entrer dans le quotidien de la construction sociale de la réalité. Un bref, quoique limitatif, détour à travers certaines théories de l'apprentissage, et surtout celles axées sur la cognition sociale qui dominent le champ depuis plusieurs années déjà, s'avère utile pour comprendre les possibilités ainsi que les limites de nos modes de compréhension de la construction du réel social.

### Les conceptions cognitives de l'apprentissage et le social

Qu'ont eu à nous révéler les théories cognitives de l'apprentissage sur la façon dont nous apprenons? Faisant suite à des positions béhavioristes qui mettaient l'accent sur un changement dans l'environnement de façon à influencer l'apprentissage (i.e. en fournissant un renforcement lorsque la réponse appropriée est fournie), les approches cognitivistes se sont plutôt attardées à changer l'apprenant (i.e. en encourageant la personne à utiliser des stratégies d'apprentissage appropriées). L'accent passe du comportement aux processus mentaux et aux structures de connaissances qui orientent le choix dans les comportements humains individuels. A l'encontre de l'approche béhavioriste qui voit l'apprenant comme un être passif, les approches cognitives postulent que l'apprentissage est un processus actif, constructiviste, cumulatif et orienté vers des buts qui est dépendant des activités mentales de l'apprenant (Schuell, 1986). On s'attarde alors à la façon dont les apprenants organisent mentalement le matériel qu'ils reçoivent, à leurs structures de

leurs expériences quotidiennes et de leurs rapports avec leur contexte social.

D'acteur unique, il devient collaborateur. De prescripteur, il devient ressource, animateur, médiateur.

Qu'en advient-il alors pour les bénéficiaires?

De spectateurs, ils deviennent acteurs. D'éduqués, ils deviennent apprenants, dans et par l'exploitation des compétences qu'ils possèdent, dans un jeu d'interaction éducative avec leur environnement et l'éducateur pour la santé.

Les objectifs éducatifs deviennent des objectifs de développement et non plus des objectifs de performance de comportement.

Ces objectifs de développement favorisent l'individuation, c'est-à-dire la croissance de l'individu dans son environnement (et non l'individualisation qui réduit l'individu en l'excluant de ses rapports aux autres).

Ces objectifs de développement favorisent également l'autonomisation, en tant que processus d'élaboration de ces propres normes au sein d'un environnement qui a défini les siennes, et non l'indépendance qui est la définition de ses propres normes en dehors des normes définies par le contexte environnant.

L'autonomisation ouvre davantage sur l'interdépendance que sur l'indépendance.

S'il y a autonomie, il y a aussi responsabilisation dans le sens d'assumer les choix que l'individu pose.

Globalement, l'empowerment nous ouvre sur le concept de transformation en éducation pour la santé en lieu et place du concept de conformation (dans le sens de se conformer).

L'empowerment invite ainsi l'éducateur pour la santé à intervenir dans le sens d'une transformation de l'individu ou des groupes tout en respectant leur globalité. Cela se traduit par une augmentation de l'autonomie et de la liberté.

Il ne s'agit plus, dès lors, de morceler l'apprentissage au travers de champs de croissance différents (savoir, savoir-faire, savoir-être) mais d'intégrer dans la même démarche

## Conclusion

Il ressort de tous les ateliers l'importance pour l'éducateur pour la santé de se préoccuper du savoir ordinaire des gens auxquels il s'adresse. C'est justement par ce savoir ordinaire qu'il est possible de rejoindre l'idée de la santé subjective, voire même intersubjective, qui tient compte de l'expérience sociale. Pour rencontrer cette intention, il devient nécessaire que toute approche éducative place l'individu et son contexte social au centre même de l'intervention, depuis la reconnaissance de la détermination de ce qui fait problème pour les gens, jusqu'aux décisions d'actions à mettre en place en passant par l'identification des changements souhaités en fonction de systèmes de valeurs explicites.

Pour pouvoir développer des interventions de changement plus participatives, il devient souhaitable que l'édu-

et simultanément les trois champs dans un savoir-devenir, ou plutôt un devenir.

C'est là un défi majeur mais qui respecte la complexité même de la personne et de ses rapports avec l'environnement.

Cette transformation s'effectue sous une forme discontinue. Elle s'ajuste au fur et à mesure des expériences, selon un rythme qui varie d'une personne à l'autre, d'un groupe à l'autre, d'une communauté à l'autre.

De plus, cette transformation ne se fait pas à vide, mais le développement se fait en conjonction avec l'environnement, d'où la nécessité de la prise en compte d'une interaction permanente avec celui-ci.

### Quelles implications pour l'intervenant?

La réflexion émergente à ce développement nouveau ouvre sur un questionnement des principales valeurs qui sont véhiculées par cette philosophie.

Les valeurs se traduisent dans des mots. Il importe de les définir clairement si la volonté, en tant qu'intervenants en éducation pour la santé, se traduit par le fait de prendre conscience des choix qui sont sous-jacents à l'intervention.

L'empowerment ouvre sur les dimensions d'autonomie (ou d'interdépendance), de responsabilisation, de participation et de transformation.

Transformation, non pas à la manière du magicien (l'éducation pour la santé n'étant pas de la magie) ou alors à la manière d'un magicien sans magie pour reprendre l'intitulé d'un livre écrit par Maria Selvini Palazzoli.

Transformation dans le sens d'un changement élaboré et contrôlé par les acteurs eux-mêmes, changement qui émerge du public concerné et non induit par l'éducateur pour la santé qui devient alors l'animateur du travail de changement.

Soutenir, analyser, outiller, répondre à la demande, élargir deviennent les maîtres-mots de l'intervention.

**C. Renard**, RESO UCL

cateur pour la santé prenne conscience de son rôle d'agent de changement, de sa capacité à soutenir une gestion appropriative de la santé par les individus considérés comme acteurs sociaux. Dans cette perspective, il ne peut plus s'exclure des débats valoriels et éthiques qu'implique une reconnaissance de l'influence des apprentissages socialement contextualisés. L'institution dans et pour laquelle il travaille est aussi impliquée, à la fois parce que l'éducateur s'y inscrit dans une dynamique institutionnelle mais aussi parce que l'institution véhicule une image sociale non négligeable qui participe à la construction des représentations de la santé.

**Colette Schoonbroodt**, RESO UCL

contexte et de son environnement social, soit sur l'environnement social à l'exclusion des individus.

Fahlberg et Poulin ont décrit ce phénomène comme étant celui d'un pendule, dont les deux extrêmes du balancement seraient l'approche psychologique et l'approche sociologique dans la compréhension des comportements humains.

Ces deux extrêmes se sont traduits en deux courants politiques en terme de gestion de la santé:

- l'un plus individualiste reposant sur les concepts de culpabilité et d'engagement, où la responsabilité de santé réside essentiellement chez l'individu et donc il est de sa responsabilité de se couvrir, de s'assurer;

- l'autre plus sociétal, plus collectif reposant sur l'idée de réponse gouvernementale ou fédérale aux besoins de santé.

Récemment encore, avec un certain développement de l'éducation pour la santé, l'idée que les individus pouvaient influencer fortement leur santé à travers leurs comportements s'est à nouveau développée. Tout un courant de volonté de changement de comportements s'est déployé.

Ainsi, face à la présence ou à l'absence d'un comportement analysé comme déficient ou responsable d'une santé défaillante, le rôle de l'éducateur pour la santé consistait à recommander aux auteurs de ce comportement de le modifier.

Parfois même, il ne se gênait pas pour leur donner les modalités de ce changement de ce comportement.

Tout était construit comme si les personnes présentant ce comportement souhaitaient la prescription du changement.

En plus, les promoteurs des programmes étaient persuadés que l'adhésion des personnes à la prescription apporterait les effets attendus par cette prescription.

L'évaluation de certains programmes de prévention démontre que le problème posé relève d'un autre niveau de complexité et donc nécessite une approche adaptée à cette complexité.

Le pendule venait de vivre un nouveau mouvement.

## L'empowerment

L'approche de l'empowerment en éducation pour la santé contrairement aux approches classiques, n'est dirigée ni vers une orientation à dominante sociologique, ni vers une orientation à dominante psychologique.

Elle est plutôt orientée vers un point central toujours différent suivant la situation unique que connaît chaque action ou intervention en éducation pour la santé.

De même, ce point central diffère par le processus de collaboration, de participation qu'implique cette approche avec les personnes concernées par l'action.

L'approche de l'empowerment casse ainsi le mouvement du pendule, à savoir l'approche centrée sur l'individu et l'approche centrée sur les sociétés.

L'empowerment pourrait se définir comme mouvement orienté vers l'auto-apprentissage par les individus. Cela suppose que les individus sont capables d'agir, parfois

avec l'aide d'autres personnes, pour améliorer la qualité de leur vie et de leur santé.

L'engagement dans un tel processus de croissance et de changement s'inscrit et survient dans la communauté de vie de l'individu, dans le groupe aussi bien que dans les contextes organisationnels, sociologiques, culturels, politiques et économiques.

L'empowerment s'inscrit alors comme processus d'ouverture, de libération tant au niveau de l'individu que dans ses rapports avec les différents contextes environnants.

Les principes qui soutiennent cette approche sont multiples. Les plus importants sont:

- la réalité dans laquelle vivent les individus est très large et comprend aussi bien les dimensions physiques, biologiques, psychologiques, sociales, culturelles, économiques et politiques;

- la réalité est davantage une construction et son rapport est unique pour chaque individu, ce qui se traduit par le fait que lui seul connaît mieux sa propre réalité que quiconque d'autre;

- la majorité des personnes possèdent les compétences pour prendre conscience de l'influence complexe du contexte dans lequel elles vivent, mais ces compétences sont autant d'atouts pour intervenir sur ce contexte;

- l'empowerment se traduit surtout par une augmentation de pouvoir avec ou chez les personnes plutôt qu'une augmentation de pouvoir sur les personnes. Cette augmentation de pouvoir s'inscrit dans une perspective d'ouverture sur une plus grande liberté;

- dans ce sens, l'empowerment consiste moins à se sentir plus compétent pour faire face aux contraintes environnementales que d'agir sur le contexte lui-même et modifier ses contraintes.

Pour reprendre les termes utilisés par Fahlberg, l'approche d'empowerment diffère des orientations paternalistes et individualistes par le fait de ses objectifs et de son processus. Ses objectifs ne consistent plus à éviter des maladies, à traiter des symptômes, à s'adapter à l'environnement mais plutôt à accompagner les personnes à augmenter leurs compétences pour promouvoir leur santé telle qu'ils la définissent, tant individuellement que collectivement.

Ces objectifs modifient fondamentalement l'approche de l'éducation pour la santé tant dans sa conception que dans son opérationnalisation.

## Qu'en est-il pour l'éducateur pour la santé et les bénéficiaires?

En effet, pour lui, il ne s'agit plus de construire les programmes d'éducation et de promotion de la santé en dehors de la réalité des personnes concernées, mais plutôt d'être une ressource pour aider les personnes à construire les programmes ou les interventions qu'elles pensent indispensables dans l'apprentissage et la gestion de leur santé.

Son travail consiste plus à amener l'individu ou les groupes à augmenter leur conscientisation au départ de

connaissances, à leurs modes de hiérarchisation des données nouvelles et de plus en plus complexes, même si ce matériel de départ ne possède pas ses propres bases d'organisation.

L'accent ainsi mis sur l'individu comme agent actif de son apprentissage et sur l'activité de son esprit ouvre une porte intéressante sur l'appropriation de la connaissance en ce sens que l'environnement sert de catalyseur aux activités mentales de l'individu mais non d'agent déterminant. Dans un tel contexte, l'intervenant en éducation pour la santé doit prendre en compte les clients comme des individus pensants plus que comme des récepteurs à qui on doit faire acquérir de bonnes habitudes de comportement en cette matière. Connaître comment la personne structure mentalement sa ou ses connaissances, c'est s'attarder à la façon dont il reçoit et dont il intègre le message. Ce pas en avant fourni par les psychologues tenants des théories cognitives de l'apprentissage n'est pas à l'abri de critiques cependant. Celles que nous retenons ici relèvent d'une part du rôle individuel joué par l'apprenant qui est à la merci de ses structures mentales acquises et de ses propres habiletés à les modifier et d'autre part du fait que la connaissance est un produit fini et donné qui demande à être intégré par les individus, même si cela se fait selon leurs propres mécanismes internes. On y fait peu état du rôle joué par le social dans l'apprentissage et de l'imaginaire collectif dans l'élaboration des connaissances et dans le façonnement d'un devenir.

## Les conceptions sociales et l'apprentissage

Les approches qui mettent l'accent sur le social ou sur des aspects sociologiques ont suivi un développement similaire à celui décrit dans la section précédente en ce qui concerne l'explication de l'apparition du maintien ou de la disparition de comportements acceptables en relation avec des activités d'apprentissage.

Autant plusieurs perspectives psychologiques ont été efficaces à faire porter par l'individu le poids de sa réussite ou de son échec, autant les approches sociologiques dominantes ont réussi à faire porter par des conditions sociales la variabilité des réussites individuelles. Nombreux sont les exemples de recherches en éducation qui démontrent l'importance du milieu social d'origine sur l'efficacité de la performance et l'impact des «handicaps socio-culturels» liés au milieu dans lequel grandit et se développe un apprenant. Fréquents aussi sont les travaux qui ont réussi à faire porter l'odieux des échecs individuels ou organisationnels sur le dos de contraintes élaborées en environnement social. On peut penser aux résultats de recherches portant sur l'efficacité variable de diverses stratégies d'enseignement, de divers modèles organisationnels, à celles portant sur le niveau de diplomation des éducateurs, celles s'adressant aux ressources limitées mises à leur disposition, celles s'intéressant aux rôles joués par les pairs dans la détermination des réussites. La plupart de ces travaux ont mis à jour l'impact de

circonstances externes produites par le jeu de décisions ou d'interactions sociales sur la performance des acteurs qui en subissent les conséquences. L'acteur devient la marionnette de pressions sociales dans un tel contexte et peut facilement faire porter l'odieux de son échec sur des facteurs qui lui sont externes. Et les planificateurs et praticiens s'en sont bien inspirés puisque la faute s'il en est une peut alors être imputée à une condition autre qu'eux-mêmes.

Plus près de l'apprentissage et de la santé par contre, des théories et modèles psychosociaux ont cherché à faire le lien entre l'individu et le social pour répondre aux nouvelles définitions de la santé proposées par l'O.M.S. (voir Salt, Boyle et Ives, 1990, pour une synthèse). Certains, s'inspirant de la théorie de l'apprentissage social développé par Bandura, ont impliqué les croyances à la base des comportements; d'autres se sont attardés aux intentions de comportements, aux attitudes, aux normes provenant de l'entourage de l'individu; plusieurs tentatives ont été réalisées pour étudier le degré de contrôle de l'individu sur son environnement; enfin, certaines ont analysé les situations de comportements interpersonnels en mettant l'accent sur le comportement réalisé ou sur le processus impliqué dans la mise en action du comportement. Dans l'ensemble, ces approches cherchent à prédire ou à expliquer le comportement humain en recherchant les déterminants qui les orientent.

Il convient de considérer que ces théories et modèles appliqués au domaine de la santé sont fortement teintés de tendances normatives. Les normes sont dans ce cas les pratiques et les comportements que «la science ou les pratiques professionnelles ont permis d'établir comme étant les plus sains» (Bouchard et Gaudreau, à paraître).

## L'interaction sociale et l'apprentissage cognitif

Ce que les théories cognitives ont mis de l'avant, on l'a vu, c'est la prépondérance de la construction que fait l'individu du savoir qui l'interpelle sans que le social soit une variable importante dans cette élaboration. Les perspectives qui mettent en avant des aspects sociaux supportent pour leur part la présence de déterminants sociaux internes et externes dans l'apprentissage ou, au mieux, analysent le rôle des normes dans l'orientation des acquis. Pour concilier ces parts individuelle et sociale dans l'élaboration des connaissances et ainsi questionner le rôle du social dans l'apprentissage de la santé sous un aspect nouveau, il convient de faire appel à des perspectives qui permettent de comprendre comment se structure une réalité cognitive dans un contexte social et analyser les conséquences pour les interventions qui en découlent.

Nous ferons appel à deux traditions théoriques parentes pour y parvenir: la perspective de l'interactionnisme symbolique développée dans les pays anglo-saxons et celle des représentations sociales mise de l'avant dans les milieux de recherche francophones. Il s'agit de deux

perspectives psychosociales qui sont fondées sur des postulats similaires et qui permettent de recadrer le débat sur la relation individu-société dans des paramètres différents puisque les deux sont de souche constructiviste et postulent la prépondérance de l'élaboration sociale du savoir dans des contextes d'interaction.

Au cœur de l'interactionnisme symbolique, on retrouve la notion que les acteurs sociaux construisent leurs propres actions et significations et donc que la réalité n'est pas donnée ni préexistante aux individus qui la forgent (voir Hewitt 1991 pour plus de détails). Selon cette perspective, nous vivons dans un monde d'objets physiques qui possèdent une «signification», laquelle est différente pour les membres qui composent une communauté. Ainsi, par exemple, ce n'est pas le médicament qui possède une réalité en lui-même, mais bien le sens ou la signification que je lui accorde; pour certains, il peut s'agir d'une source de soulagement ou de guérison, pour d'autres une forme d'aliénation qu'exerce le monde médical sur les patients alors que pour un troisième groupe, on peut voir une merveille de composition chimique, et ainsi de suite. Si un objet similaire possède une réalité différente pour les humains qui s'y intéressent, il va de soi qu'ils vont agir diversement à son égard puisque les situations sont interprétées différemment par ceux-ci. Ils construisent alors des symboles et agissent à l'égard du symbole plutôt qu'à l'égard d'une réalité définie à l'extérieur d'eux-mêmes.

Selon cette perspective, les gens interagissent à travers les symboles. Ces derniers sont des stimuli qui ont une signification apprise et ils possèdent une valeur pour les gens. Les acteurs sociaux répondent au symbole en regard de sa signification ou de sa valeur plutôt qu'à l'égard de sa stimulation physique. Le langage constitue un tel symbole qui permet l'interaction sociale en l'absence de la réalité visée par le contenu du message et qui permet de composer des réalités qui n'ont pas de propriétés physiques. On peut ainsi parler de cigarettes, mais aussi de tabagisme et de modes d'intervention théoriques à cet égard sans même référer à des données concrètes. Une interaction sociale est cependant possible parce que la plupart des significations sont apprises et partagées. Si elles sont apprises, elles demeurent toutefois construites par les gens qui y sont confrontés et non par des définisseurs externes.

Ce qui rend possible la construction de sens ou de significations, c'est que les individus sont capables de s'insérer dans le jeu du social à partir de la vision qu'ils développent d'eux-mêmes. On dit alors que l'acteur possède un «self» ou un «soi» qui représente la face externe affichée de lui-même. L'individu peut alors se référer à sa personne en regard des différentes images (selves) qu'il a élaborées pour exprimer son individualité (intervenant, malade, joyeux, sympathique, etc.). S'il peut prendre en compte sa propre personne, il devient capable de considérer les autres comme des entités construites dans l'interaction sociale comme lui-même et donc il lui est possible de se référer aux autres en se mettant à leur place, c'est-à-dire en intégrant le rôle qu'ils jouent. Lorsqu'on arrive dans un centre hospitalier par exemple, nous savons diffé-

rencier les agirs des médecins, des infirmiers, des patients, du personnel de soutien et nous réagissons à leur égard à partir des définitions (sens) que nous attribuons aux situations devant lesquelles nous sommes placés. Or, nulle part n'est-il écrit que la situation doit se dérouler de la façon dont elle le fait. A preuve, ce qui semble une évidence pour certain devient problématique pour d'autres. En fait, lorsque nous définissons une réalité ou une situation comme réelle, elle le devient dans ses conséquences. Nous agissons comme si notre façon de voir cette réalité était la bonne et qu'elle était partagée. Puisque c'est l'interprétation qui compte, les pensées et les évaluations des situations dont sont porteurs les acteurs sociaux déterminent l'orientation de l'action. On est alors bien loin d'une «réalité objective» de la situation.

Autre caractéristique de cette perspective, le fait que l'action sociale est un processus et non un produit. C'est dans l'interaction sociale que l'individu se construit. C'est à partir de l'image qu'il croit refléter auprès des autres acteurs qu'il côtoie que l'individu développe ou forge graduellement son propre soi (self) lors de séquences successives de construction, modification et reconstruction de son entité. Il en va de même pour les situations sociales qui font l'objet de mises en place structurées par le biais des ajustements successifs des acteurs qui les vivent et les définissent. Ces flux et processus permettent de fonder la culture qui constitue une plateforme pour l'interprétation et une base pour de nouveaux développements.

Fondamentalement, «...la société est un phénomène dialectique en ce sens que c'est un produit humain et rien d'autre mais qui agit continuellement sur ses producteurs. La société est un produit de l'homme parce que sa réalité est construite par les acteurs qui la composent. Par la pensée, l'homme s'adapte à son environnement physique et social mais celle-ci lui permet en retour d'imaginer diverses perspectives pour créer» (Berlak et Berlak, 1981).

Ces quelques postulats de base de l'interactionnisme symbolique sont présents aussi dans la théorie des représentations sociales. «Celle-ci met l'accent sur une perspective constructiviste et interactionniste selon laquelle les croyances et les théories qui guident le comportement des individus sont considérés comme le résultat de processus non seulement cognitifs mais aussi sociaux» (De Rosa, 1990). La connaissance s'y élabore aussi au cours d'échanges sociaux, dans le cadre de relations sociales qui sont contextualisés dans un social organisé. Il s'avère inutile de reprendre ici les éléments décrits plus haut sinon d'ajouter que la représentation sociale est une forme de pensée pratique qui permet d'interpréter et de réfléchir sur la réalité; c'est aussi un processus, une forme de connaissance, et un produit. Elle permet la construction mentale du monde réel et son interprétation. Plusieurs travaux de recherche récents sur le sida ont bien fait valoir la pertinence de regarder les représentations que s'en font les acteurs et ont démontré en même temps l'importance de considérer cette «réalité» comme un produit social, non pas tant à cause du fait que le sida n'existerait pas comme phénomène mais bien parce que cette réalité (co-

gnitive) prend des sens variés chez les personnes qui s'y confrontent que ce soit à titre de patient, d'intervenant ou comme porteurs potentiels du virus. Les définitions de la réalité qui se sont développées à propos de cette maladie sont porteuses d'agirs ou de pensées qui orientent l'action bien au-delà de scripts d'intervention médicale ou de modèles d'intervention considérés comme rationnels.

### Quelques brèves réflexions

L'objet de cet écrit était double: d'une part, montrer comment la santé peut s'apprendre socialement et d'autre part démontrer comment on ne peut y parvenir autrement.

L'intervention en éducation pour la santé poursuit plusieurs objectifs importants dont celui de promouvoir les bonnes habitudes de santé ou de changer celles considérées comme déficientes. Ce faisant, on est confronté à la délicate question de savoir quoi enseigner, quoi privilégier et à celle non moins difficile de décider comment nous y prendre. Ce texte a voulu mettre en lumière les échecs prévisibles de plusieurs modes d'intervention qui partent du point de vue qu'il existe une bonne façon de faire et qu'il y va de notre devoir de la propager. Cette manière de voir les choses porte tout autant sur le matériel à transmettre, qu'il vise des contenus ou des comportements, que sur la manière de s'y prendre pour le réaliser (stratégies).

Il s'avère difficile de concevoir efficacement un plan d'intervention sans prendre en compte la façon dont les acteurs structurent leur réalité, comment ils intègrent de nouveaux savoirs à ceux existants et quel est l'impact de ces nouveaux acquis sur le jeu des interactions sociales à l'intérieur desquels ils se développent. Les contextes so-

## L'éducateur pour la santé, acteur social et agent de changement

L'apprentissage social de la santé questionne le rôle de l'éducateur pour la santé tant dans sa qualité d'acteur social que dans sa fonction d'agent de changement.

En qualité d'acteur social, l'éducateur pour la santé transporte un certain nombre de valeurs, de croyances, de normes, d'attitudes.

Ces images de santé qu'il véhicule influencent les attitudes et les comportements des personnes pour ou avec lesquelles il agit.

D'autre part, dans son mandat d'agent de changement, il est porteur d'un modèle sous-jacent dominant qui oriente, pré-détermine voire préorganise ce changement. Cette pré-détermination lui donne la forme, le sens et l'intensité souhaités.

Ce questionnement sur l'apprentissage de la santé indique que l'éducateur pour la santé n'est pas neutre dans ses interventions.

En effet, sa présence modifie la réalité du système dans lequel il intervient.

L'éducateur pour la santé participe donc pleinement aux apprentissages de santé.

ciaux sont à la fois des milieux de production de réalités mais aussi des frontières à l'élaboration de réalités non partagées ou non partageables.

Prendre en compte le social dans l'apprentissage de la santé, c'est aussi considérer le rapport individu-société dans une perspective symbolique; c'est regarder au-delà des interactions de groupes sociaux ou de groupes de pouvoir pour s'intéresser à la manière dont l'individu, en contexte d'interaction, élabore ses propres images du réel qui le confronte. C'est s'intéresser enfin à la résultante de ces constructions, qui apparaissent sous la forme de produit social, sur les collectivités qui croient partager des représentations d'un même phénomène.

Y. Bouchard, Université du Québec à Rimouski

Berlak, A. et Berlak, H. (1981). *The dilemmas of schooling*. London: Methuen.

Bouchard, Y. et Gaudreau, L. (à paraître). *Constructivisme et prise en charge comme objets de recherche et d'intervention en éducation pour la santé*.

De Rosa, A. (1990). Comparaison critique entre les représentations sociales et la cognition sociale, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, n° 5, 69-107.

Hewitt, J.P. (1991). *Self and society: a symbolic interactionist social psychology*. Toronto: Allyn & Bacon.

Salt, H., Boyle, M., et Ives, J. (1990). HIV prevention: current health promoting behavior models for understanding psychosocial determinants of condom use. *Health Care*, 2 (1), 69-75.

Schuelle, T.S. (1986). Cognitive conceptions of learning, *Review of Educational Research*, 56, (4), 411-436.

C'est d'autant plus vrai qu'il s'inscrit toujours dans un contexte institutionnel qui est lui-même porteur de valeurs, de croyances, de normes mais aussi porteur d'un modèle dominant de changement de comportements.

Cette intervention porte d'une part, sur la prise de conscience de cette impossibilité de non-neutralité, («il est impossible de ne pas agir») et d'autre part, sur une réflexion autour d'un développement nouveau en éducation pour la santé, à savoir l'empowerment.

Les aspects abordés sont les implications pour l'intervenant en éducation pour la santé mais aussi les implications pour ceux que l'éducateur identifie comme les bénéficiaires de l'intervention en éducation pour la santé.

### Mouvement de pendule

Une analyse de la littérature en éducation pour la santé, et plus particulièrement le contenu relatif à l'approche du changement de comportement, pose la critique suivante: l'approche du changement de comportement continue à être focalisée soit sur l'individu, à l'exclusion de son