

Renseignements: Claude Bouchet, DOCRES CRIPS, quai Jean Moulin 9, F-69001 Lyon, tél. 4 72 00 55 70, fax 4 72 00 07 53, e-mail: CRAES-LYON@asi.fr

Dépendances Bruxelles

14 décembre 1999

Le Pélican organise un exposé interactif sur les dépendances (alcool, drogues, médicaments, jeux de hasard, boulimie, conduites de dépendances affectives et psychologiques) et leurs approches. Lieu: rue du Président 55, 1050 Bruxelles - proximité métro Louise (de 19 à 21h15).

P.A.F. 150 francs - réservation souhaitée.

Renseignements: tél.-fax (02) 502 08 61.

Promotion de la santé Bruxelles

18 décembre 1999

11e Journée scientifique annuelle du RESO - UCL: "Des besoins de promotion de la santé... aux perspectives d'action".

Cette Journée sera organisée autour:

- d'une conférence plénière sur le thème "Indicateurs des besoins en santé publique et promotion de la santé";
- de 3 colloques-débats simultanés: lieux de vie et réseaux; lieux d'enseignement et formation; lieux de soins et d'action médicale;
- et d'un repas-rencontre.

Participation aux frais: 1.100 francs (inscription + documents + repas); étudiants 750 francs (idem).

Accès limité à 150 places.

Renseignements et inscriptions: Madame Joris ou Monsieur Goossens, UCL-RESO Unité d'éducation pour la santé, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. (02) 764 50 70, fax (02) 764 50 74, e-mail: joris@reso.ucl.ac.be.

Education permanente

Les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA) ont publié leur catalogue de formations: formations pour travailleurs de la prime enfance; formations pour enseignants; formations pour animateurs de quartier et travailleurs de l'action sociale; formation continuée; vacances et loisirs.

Renseignements: Service d'éducation permanente - C.E.M.E.A., avenue de la Porte de Hal 39 boîte 3, 1060 Bruxelles, tél. (02) 543 05 90, fax (02) 543 05 99, e-mail: contacts@cemea.be, site internet: www.cemea.be.

Emploi - demande

Ergothérapeute, suivant actuellement la licence en éducation pour la santé à l'UCL, souhaite s'investir professionnellement dans des projets en rapport avec ce type d'étude (à temps partiel). Expérience: participation à un projet d'éducation pour la santé dans des écoles de Schaerbeek, réalisé dans le cadre de l'IMS du Centre de santé de l'UCL.

Coordonnées: Virginie Verdier, avenue Richard Neybergh 147, 1020 Bruxelles, tél. (0477) 86 56 33.

Emploi - offre

L'Observatoire de la santé du Hainaut engage un responsable pour son secteur de l'information sanitaire.

Profil de fonction, au sein d'un institut intégré de santé publique:

- assurer la gestion d'un système d'information sanitaire (collecte, traitement, analyse et diffusion des informations);
- mettre au point des protocoles de recherche en promotion de la santé et en épidémiologie et les exécuter;
- assurer l'animation, la gestion et la supervision d'une équipe de collaborateurs;
- participer à la direction de l'institut et inscrire les activités épidémiologiques dans une démarche de santé publique générale.

Compétences souhaitées:

- médecin de santé publique ou docteur en santé publique
- formation complémentaire en épidémiologie et méthodes statistiques
- connaissance approfondie de SPSS
- expérience de gestion d'équipe et d'organisation du travail
- grande capacité de rédaction de rapports et d'articles
- anglais de travail indispensable

Conditions: barèmes assimilés au grade de directeur et statut du service public.

Les personnes intéressées sont priées de faire parvenir leur C.V. complet et la copie des trois dernières publications pour le 8 novembre 1999 à l'adresse suivante: Monsieur L. Havron, Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Renseignements: Isabelle Godin et Luc Berghmans, tél. (065) 87 96 00, fax (065) 87 96 79.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege.

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure: Prepress Logistique ANMC.

Impression: Sofadi.

Tirage: 2.600 exemplaires.

Diffusion: 2.300 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

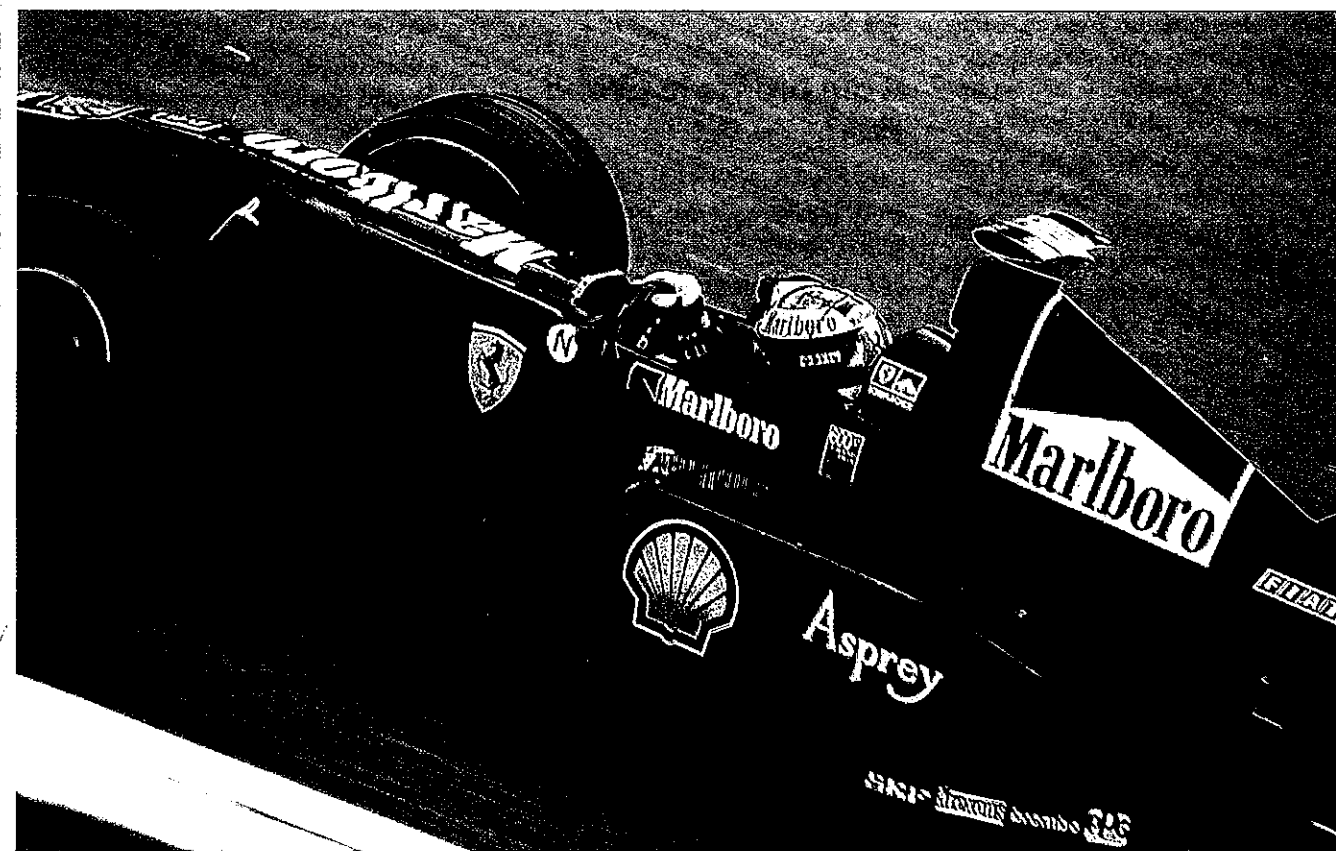
Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02/246.48.51 à partir du 1/12/1999

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles. Tél.: (02) 246 48 53. Fax: (02) 243 20 49. E-mail: education.sante@mc.be.

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



Education Santé



Photorenews

Initiatives

L'arrêt 'Ecclestone'

La publicité en faveur du tabac à nouveau partiellement autorisée en Belgique

Le 30 septembre 1999, la Cour d'arbitrage a rendu un arrêt supprimant certaines dispositions de la loi fédérale relative à la publicité en faveur du tabac. Cet arrêt, qui entrera sans doute dans l'Histoire comme l'arrêt 'Ecclestone', a des conséquences non négligeables et écorne sérieusement les pouvoirs du Parlement.

Pourtant, la loi interdisant la publicité pour le tabac avait été adoptée à une large majorité en 1997. Et il n'y a pas eu de

majorité parlementaire pour la modifier, malgré l'intense chantage du lobby de la Formule 1.

La dernière menace de la FIA (Fédération internationale de l'automobile) date du 27/08/99: si la Belgique ne modifiait pas sa loi avant le 6 octobre, le Grand Prix de Belgique serait supprimé du calendrier de la compétition en 2000. Cette exigence était absurde sur le plan politique, puisque le Parlement n'avait pas de séance plénière avant cette date-butoir; il lui était donc matériellement impossible de céder au chantage.

Impossible politiquement, mais c'était sans compter la Cour d'arbitrage. En effet, à six jours de la fin de l'ultimatum de

la FIA, la Cour a annulé deux dispositions de la loi, et rendu la publicité tabac à nouveau légale à l'occasion d'événements organisés au niveau mondial.

La Cour a justifié son arrêt par le fait que selon elle, les objectifs visés par la loi sont sans commune mesure avec les conséquences sociales, économiques et financières dramatiques de la perte du Grand Prix pour l'économie wallonne. D'après la Cour, l'interdiction du sponsoring de la Formule 1 n'est pas efficace, car l'événement serait de toute façon organisé dans un autre pays autorisant la publicité pour le tabac, et serait donc visible dans le monde entier grâce aux images de la télévision.

Un sursis de trois ans et demi

L'arrêt suspend l'interdiction de la publicité à l'occasion d'événements mondiaux jusqu'au 31/07/2003, date d'entrée en vigueur de la directive européenne en la matière. Selon la Cour, Francorchamps n'est traité de manière injuste que jusqu'à cette date. C'est pourquoi la loi n'est suspendue que pendant trois ans et demi.

Il n'y a pas de recours possible contre cet arrêt, qui constitue un camouflet pour le pouvoir législatif. Pourtant, celui-ci n'avait pas bâclé son travail, puisque la discussion a duré deux ans et que le thème de la publicité tabac est à l'agenda depuis une vingtaine d'années... Cela n'a pas empêché la Cour d'arbitrage d'arriver à une toute autre conclusion. Le Parlement propose, et la Cour dispose, et réécrit la loi à sa manière.

Et tant son argumentation que sa décision reposent sur du sable. Deux exemples.

La Cour suspend l'interdiction pour des événements mondiaux jusqu'en 2003, au moment où selon elle la directive européenne entrera en vigueur. C'est (malheureusement) faux, car l'interdiction 'européenne' de ce genre de publicité n'est prévue que pour 2006. La directive ne vise pour 2003 que le parrainage au niveau national. Cela n'empêche pas la Cour d'affirmer que la loi viole les articles 10 et 11 de la Constitution en prévoyant une entrée en vigueur avant le 31/7/2003. Si on suit cette logique bizarre, on doit dire la même chose pour la période 2003-2006...

En réalité, la date de 2003 ne renvoie pas à la directive, mais sans doute à un compromis politique, qui n'est évidemment pas de la compétence d'une cour. Pour certains, 2003 est une date raisonnable, mais rien ne justifie juridiquement cette date dans l'arrêt, si ce n'est une lecture erronée de la directive.

A qui profite le Grand Prix?

L'argumentation n'est pas plus brillante. La santé publique n'a pas pesé bien lourd dans la décision.

La Cour accorde beaucoup plus d'importance aux enjeux économiques du Grand Prix de Belgique. Mais elle en fait une présentation tronquée.

On nous dit que tous les hôtels de la région sont complets lors du Grand Prix. Le service du tourisme de la Province de Liège cite un chiffre d'affaires d'environ 430 millions (10.659.000 euros) pour les hôtels, restaurants, campings, commerces d'alimentation, pendant cette période. Si le volume d'activité diminue de 50 % en l'absence de compétition automobile, on peut estimer à 215 millions le rendement du Grand Prix pour le secteur Horeca. Mais par ailleurs, l'entretien du circuit coûte 220 millions (5.453.600 euros) à la Région wallonne (chiffre de 1997). On peut donc parler d'une opération blanche.

Mais ce n'est pas tout. En effet, les revenus générés par l'organisation de la course ne profitent pas à tout le monde de la même

manière. Le Grand Prix est exploité par la SA Spa Activités, qui empêche les bénéfices de la vente des tickets, places de parking, boissons, repas et souvenirs vendus sur le circuit. L'unique actionnaire de Spa Activités est Madame Malic, la femme de Bernie Ecclestone (voir l'annexe du Moniteur belge du 3/1/97).

L'absence de Grand Prix à Francorchamps signifie donc surtout un manque à gagner pour la famille Ecclestone, et pas pour l'économie régionale!

Le Parlement n'avait pas cru cette fable et avait donc résisté au chantage. La Cour d'arbitrage quant à elle a marché, et, sur base d'une appréciation économique erronée, a rencontré entièrement les desiderata de M. Ecclestone. Et dans les délais s'il vous plaît, six jours avant l'expiration de l'ultimatum.

Et tout est bien qui finit bien pour les multinationales du tabac: le Grand Prix de Francorchamps avec pub tabac aura bien lieu le 27 août 2000.

Une histoire belge de plus, dont on se serait volontiers passé...

Luk Joossens, Président de la Coalition nationale contre le tabac. Traduction: Christian De Bock ■

Adresse de l'auteur: Coalition nationale contre le tabac, rue G. Schildknecht 9, 1020 Bruxelles

Ce texte a été publié dans la rubrique 'Opinie' du 'Standaard' le 5 octobre 1999.

Le cannabis n'est plus ce qu'il était

Il y a dix ans, Infor-Drogues décidait d'étendre sa permanence téléphonique la nuit et le week-end pour être à l'écoute 24h/24. Le succès fut au rendez-vous, puisque les 2287 demandes de 1989 sont devenues 7656 en 1998. D'autre part, les questions et préoccupations du public ont évolué. Voici la synthèse d'un de ces changements.

L'héroïne n'a plus la cote

Les catégories de produits dont les gens parlent au téléphone ont radicalement changé. En 1993, les produits évoqués étaient dans 42% des cas l'héroïne et dans 23% des cas le cannabis. Cette proportion s'est progressivement inversée et en

1998 le produit évoqué plus de 4 fois sur 10 est le cannabis, tandis que l'héroïne tombe à 13% des citations.

Le contexte médiatique contribue à une certaine dédramatisation du cannabis entre autres via des expertises scientifiques, via des propositions de loi visant à dépenaliser ce produit, via une circulaire ministérielle révisant la politique des poursuites, via des témoignages relativisant les risques, etc.

Alors que se passe-t-il autour du cannabis? Comment se retrouve-t-il de plus en plus cité à la permanence 24h/24? Bien sûr, des enquêtes constatent une augmentation constante mais lente de l'usage.



Néanmoins les éléments de dédramatisation qui précèdent devraient inciter à une approche plus calme et plus réfléchie.

Brèves

Education à l'environnement Namur

25 au 27 novembre 1999

Forum d'outils pédagogiques de l'éducation relative à l'environnement, dans le cadre du salon BEST, au sein de l'espace Education à l'environnement (Palais des expositions)

Le forum permettra aux enseignants, aux normaliens, aux animateurs de tous horizons, aux éco-conseillers et aux parents:

- de découvrir et de se fournir en dossiers pédagogiques, livres, documents de sensibilisation, fiches d'activités, jeux de sociétés ou d'extérieur, dessins animés, vidéos, cédéroms, sites internet, expositions,...

- de prendre contact avec des associations actives dans le domaine;

- de mieux connaître les propositions d'animations, campagnes et classes de découvertes pour les écoles, les stages et ateliers pour tous les âges, les organismes d'information et les formations pour adultes.

Pour tout renseignement: Bruno Hilgers ou Joëlle van den Berg, Réseau Idée, rue des Deux Eglises 47, 1000 Bruxelles, tél. (02) 285-96-70; fax (02) 285 96 79, e-mail: reseau.ideal@skynet.be.

Dépendances Louvain-la-Neuve

27 novembre 1999

Journée d'échange et de rencontre "Dépendances et libertés", organisée par l'Association francophone de psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle.

Lieu: Auditorio Sainte-Barbe à Louvain-la-Neuve.

Renseignements: A.F.P.C., avenue Sainte-Alix 60, 1150 Bruxelles, tél. (02) 779 90 41.

Santé publique Bruxelles

27 novembre 1999

6e Symposium de santé publique, sur les systèmes d'information en santé.

En plénière, les sujets suivants seront traités:

- les systèmes d'information sanitaire: bonne réponse à une mauvaise question?

- le système d'information sanitaire allemand;

- conséquences de la fédéralisation des données relatives à la santé en Belgique;

- le point de vue fédéral;

- les points de vue de la Communauté flamande et de la Communauté Wallonie-Bruxelles;

Les sessions parallèles aborderont les maladies infectieuses, les cancers et maladies évitables, les maladies cardio-vasculaires et les styles de vie, les enquêtes de santé, les recherches sur les services de santé, et les systèmes d'information sanitaire.

Prix: entre 1000 et 4500 francs (suivant que vous êtes étudiant, membre ou non de l'Association belge de santé publique,...

Lieu: Institut Paul Lambin, Clos Chapelle-aux-champs 43, 1200 Bruxelles.

Renseignements: Brigitte Zuyderhoff, Ecole de santé publique, Université catholique de Louvain, Clos Chapelle-aux-champs 30 boîte 3037, 1200 Bruxelles, tél. (02) 764 34 39, fax (02) 764 34 35, e-mail: brigitte.zuyderhoff@hosp.ucl.ac.be.

Enfant Bruxelles

29 novembre 1999

Soirée-conférence sur le thème "Dans le monde de l'enfance, y a-t-il une place pour les émotions des professionnels?", par **Monique Meyfroet**. Organisateur: F.R.A.J.E. (Centre de formation permanente et de recherche dans les milieux d'accueil du jeune enfant).

Cela se passera au théâtre Le Public, rue Braemt 64, 1210 Bruxelles, de 20 à 22 heures.

PAF: 200 francs.

Renseignements: FRAJE, boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles, tél. (02) 542 83 47/48, fax (02) 542 83 90, e-mail: fraje@misc.irisnet.be.

Promotion de la santé

Le Prix européen de promotion de la santé a pour objectifs d'encourager les acteurs à évaluer leurs expériences en promotion de la santé; de sélectionner les actions qui représentent des pratiques d'excellence dans la promotion de la santé; d'aider financièrement les lauréats à poursuivre leur action par la dotation; de partager les expériences sélectionnées à travers l'Europe.

Pour la deuxième édition de ce Prix, un comité de présélection dans chaque Etat membre de la Communauté européenne étudiera les dossiers et en sélectionnera entre 1 et 5 selon le pays. Pour la Belgique

francophone, c'est l'unité PROMES (Ecole de santé publique de l'Université libre de Bruxelles) qui est chargée de la présélection.

Les dossiers finalistes seront envoyés aux membres du jury européen. Trois prix de 14.000 euros chacun seront attribués. Un de ces prix est réservé à une action auprès des populations défavorisées. Par ailleurs, le jury sélectionnera des actions qui figurent dans un catalogue de "bonnes pratiques" en promotion de la santé.

Les dossiers de candidature doivent parvenir à l'Unité PROMES avant le 30 novembre 1999.

Renseignements: Anne-Sylvie Ladmiraant, Université libre de Bruxelles, Ecole de santé publique, (ULB-PROMES), route de Lennik 808 CP 596, 1070 Bruxelles, tél. (02) 555 40 41 (le matin).

Troisième âge Grenoble

2 et 3 décembre 1999

1er Sommet gérontologique "De l'aide aux vieillards au senior marketing. Vieillesse et société: d'hier à demain".

5 thèmes de travail: politiques de la vieillesse; économie-ressources; images et représentations; cadre de vie; bénévolat et citoyenneté.

Renseignements: Union nationale des offices de personnes âgées, rue Chabaud 45, B.P. 2089, F-51073 Reims cedex, tél. 3 26 88 40 86, fax 3 26 40 55 20.

Jeunes Lyon

7 au 9 décembre 1999

Forum régional des outils et méthodes en prévention des conduites à risque et en promotion de la santé des jeunes.

Sur trois journées,

- des exposés en plénière pour prendre la mesure des évolutions et des besoins;

- des tables rondes pour confronter les points de vue, entre intervenants nationaux, régionaux, locaux;

- des ateliers pour se former;

- des découvertes;

- ... et l'occasion permanente de rencontrer des spécialistes de la prévention, des concepteurs d'outils, d'autres professionnels désireux de confronter réussites et difficultés en visitant stands, salles vidéos, salle informatique...

Des outils santé en ligne

www.pipsa.org

Grâce à l'aide de la Communauté française, l'Outilthèque santé et son centre de référence des jeux et outils pédagogiques s'ouvre à la consultation des acteurs de terrain.

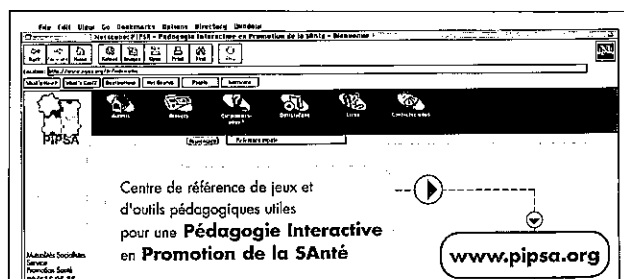
Espace-carrefour entre les offres et les demandes d'outils pédagogiques, l'Outilthèque santé propose aux pilotes de projets un lieu où:

- comparer, expérimenter, sélectionner l'outil le plus adapté à leurs objectifs;
- échanger leurs expériences d'utilisateurs d'outils;
- valoriser leur propre production d'outils. L'objectif est double:
- proposer des outils originaux, participatifs, valides, susceptibles de répondre aux exigences d'un public diversifié;

- garantir la pertinence des outils proposés via l'avis d'un comité d'experts composés de professionnels et d'utilisateurs.

Les promoteurs de l'Outilthèque santé ont besoin de l'aide des professionnels de la promotion de la santé, qui sont les mieux placés pour les aider à valider les ressources déjà répertoriées et les nouveaux outils.

Ces derniers peuvent consulter l'Outilthèque santé à l'adresse internet suivante: www.pipsa.org, ce qui signifie 'pédagogie interactive en promotion de la santé'. Le site ne se contente pas de proposer des fiches de présentation d'outils, et une procédure de recherche très simple par mot-



clé, il permet aussi aux visiteurs d'émettre jugements et commentaires.

Pour plus d'informations:

Catherine Spièce et Anne Fenaux, Service Promotion de la santé UNMS, tél. (02) 515 05 85, fax (02) 515 06 11, e-mail: promotion.sante@mutsoc.be ■

Programme d'action en promotion de la santé soutenu par la Communauté française, dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste UNMS/ANMC

Un Centre de ressources 'travail santé'

La Fondation Travail & Santé, qui fête ses vingt ans cette année, est une association sans but lucratif qui tend, au quotidien, à promouvoir les droits fondamentaux que sont le droit au travail et le droit à la gestion de sa santé.

Chaque année, la Fondation doit répondre à une demande croissante d'informations dans le domaine spécifique de la santé au travail. Raison pour laquelle le besoin d'organiser une documentation spécialisée, destinée tant aux professionnels qu'au grand public s'est imposé.

Ainsi, en 1998, la Fondation a entrepris, dans le cadre d'un projet-pilote co-financé par le Programme Emploi du Fonds Social Européen, la création d'un centre de ressources sur le thème des interactions entre le travail et la santé, visant l'information, la sensibilisation et la formation accompagnée et individualisée de toute personne.

Depuis le mois de septembre 1999, le Centre est ouvert au public.

Une base de données documentaires

Le Centre de ressources propose une documentation visant à une meilleure connaissance de la législation relative au travail et à la santé, aux services et aides

concernant les personnes handicapées ou encore en matière d'interférences entre la gestion de sa santé et la gestion d'un travail. Son originalité est également d'offrir des conseils adaptés à tout un chacun grâce à sa démarche pédagogique.

La documentation recouvre aussi bien les publications officielles (livres, périodiques, *Moniteur belge*,...), les ressources pédagogiques, que la littérature grise (actes de colloques, dossiers thématiques, rapports de recherche, rapports d'évaluation...).

La base de données compte pas moins de 250 mots-clés donnant accès à plus de 2.000 références concernant le milieu de travail, le marché du travail, les professions, la santé au travail, les accidents de travail, les maladies professionnelles, le handicap, les personnes handicapées, l'éducation pour la santé, l'évaluation, l'orientation (professionnelle), la réadaptation socio-professionnelle, la médecine du travail, l'ergonomie,...

Les services du centre de ressources

Le centre est accessible à toute personne, professionnel du secteur ou non, qui souhaite s'informer ou se former sur le sujet.

Toute personne handicapée peut être reçue dans le centre, qu'elle soit active ou non. Les travailleurs victimes d'un accident (de travail), d'une maladie (professionnelle) pourront faire appel à ce service afin d'être épaulés dans la recherche d'une solution à leurs difficultés de réadaptation professionnelle.

L'accès est gratuit.

Le centre de ressources offre une information et une étude de sujets spécialisés (travail et santé), des bibliographies et une aide à la recherche documentaire.

Ce qui singularise le centre, c'est d'offrir non seulement une documentation spécifique mais aussi un **accompagnement visant à résoudre les difficultés liées à la santé et au travail** de la personne et de répondre à certaines demandes ou besoins de techniciens.

Pascal Jamin, documentaliste, Fondation Travail & Santé

Fondation Travail & Santé, rue Berckmans 148, 1060 Bruxelles, tél. (02) 534 26 81, fax (02) 534 55 80, e-mail: travail.sante@misc.irisnet.be. Contact: Pascal Jamin. Le centre est ouvert du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h00. ■

Pour Infor-Drogues, il est intéressant d'examiner d'autres changements constatés à l'écoute du public depuis dix ans.

L'opinion veut la parole

Durant les années '80, près de 3 demandes sur 4 concernaient l'information: quels sont les effets des produits, quel centre existe près de chez moi, que dit la loi,.... Depuis l'ouverture 24h/24, les demandes d'aide faisant état d'une situation problématique sont passées de 25% au début à 36% en 1990, à 39% en 1992, à 41% en 1996. Cette évolution était celle que l'institution espérait en se rendant accessible la nuit et le week-end lorsque presque tous les autres centres d'aide sont fermés.

A cet égard, le service téléphonique est devenu, au fil des ans, une référence en matière d'aide (il fait d'ailleurs partie d'une fondation européenne, voir l'article 'Connaissez-vous la FESAT?' dans ce numéro).

Mais d'un autre côté, la question des drogues a évolué dans la société, ce qui, au fil des ans, a modifié les types de demandes. Ainsi la dichotomie classique entre demande d'information et demande d'aide a été de plus en plus battue en brèche. Le public veut maintenant autre chose. Au delà de la demande d'information que l'on pourrait qualifier de "technique" et sans pour autant être confrontée à une situation véritablement problématique, une partie du public appelle pour discuter, confronter des opinions, prendre position...

"L'alcool est plus dangereux que le cannabis, quel est alors le sens de l'interdit?"

"Quelle est votre opinion à propos des tests d'urines?"

"Je trouve que l'émission sur les drogues qui vient de passer à la TV donne une image fautive des consommateurs!"

"Pourquoi la police ne fixe-t-elle pas la quantité minimale de cannabis qu'on peut détenir?"

Etc.

La fin des certitudes

Le nombre d'interrogations à propos de la loi a tout simplement doublé entre 1995 et 1998! L'interrogation de la loi et la discrimination entre cannabis, tabac et alcool remontent bien avant la publication de deux fameuses expertises françaises: le récent rapport Roques¹ (qui classe l'alcool comme produit aussi dangereux que l'héroïne et le cannabis comme moins dangereux que le tabac) et le rapport Henrion² qui concluait déjà la même chose voici plus de quatre ans. A travers cette interrogation de la loi, un grand nombre de questions d'adultes et d'éducateurs au sens large (parents, professeurs, référents,...) témoigne de leurs difficultés d'avoir un rôle préventif et d'être dans une position quasi-intenable.

"Si Bill Clinton a fumé du cannabis, que dire? Si le cannabis est légalisé, que dire? Si l'alcool est plus dangereux que le cannabis, que dire? Si le premier de classe fume du hash sans rencontrer de problèmes, que dire?"

La médiatique dédramatisation qui entoure à présent le cannabis n'a-t-elle pas eu pour effet de fissurer les certitudes de beaucoup? La société se trouve donc à une période charnière où une grande par-

tie du public est de plus en plus contrainte de modifier sa perception de ce produit. Cela s'accompagne de beaucoup d'appréhension quant à un nouveau modèle de référence à élaborer.

Pour les permanents à l'écoute, c'est bien cette recherche de sens et de valeurs qui se manifeste à travers les discussions et les questions qui constituent un nombre grandissant d'appels. Voilà une évolution que d'aucuns qualifieront de riche, intéressante mais qui n'est en tous cas pas simple. A cet égard, l'héroïne pose moins de questions car son image n'a pas été modifiée, elle est toujours la grande méchante, la drogue mortelle.

La révolution copernicienne qui s'annonce à propos du cannabis, pour souhaitable qu'elle soit à bien des égards, ne doit pas laisser en rade tous ceux qui ont une mission d'éducation (parents, enseignants, animateurs...). L'expérience du service téléphonique d'Infor-Drogues souligne l'importance de multiplier les offres de dialogue et de rencontre à destination du public.

Antoine Boucher et Philippe Bastin, Infor-Drogues

Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles, tél. (02) 227 52 60, fax: (02) 219 27 25, e-mail: courrier@infor-drogues.be, internet: www.infor-drogues.be (en construction). Permanence téléphonique 24 h/24 dans l'anonymat: (02) 227 52 52. ■

1 Roques Bernard, La dangerosité des drogues, Rapport au Secrétaire d'Etat à la Santé, Odile Jacob, 1999.

2 Henrion Roger (sous la Présidence de), Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Paris, 1995.

Connaissez-vous la FESAT?

Il s'agit de la Fondation européenne des services d'aide téléphonique drogues. Cette fondation, soutenue financièrement par la Commission des Communautés européennes, regroupe bon nombre de services d'accueil téléphonique "drogues", dont Infor-Drogues en Belgique.

Les services d'accueil téléphonique "drogues" sont des services téléphoniques fournissant à chaque personne qui les sollicite une aide de qualité s'appuyant sur la compétence des personnes qui les composent et des principes

éthiques respectant les droits de l'homme.

Ils représentent un maillon indispensable des dispositifs nationaux et locaux de réduction de la demande de drogues.

Ils peuvent être définis par leurs fonctions, la position qu'ils occupent dans les champs concernés (social, sanitaire, éducatif) et les conditions qui permettent leur existence.

Leurs fonctions

Par une écoute active qui ne juge pas, les services téléphoniques "drogues" informent, orientent, accompagnent, soutien-

nent, conseillent, aident, pour:

- rompre les tabous qui entourent les drogues;
- rompre l'isolement et enrayer les processus d'exclusion;
- aider à engager ou soutenir un processus de changement.

Pour remplir ces fonctions, ces services s'appuient sur les connaissances multidisciplinaires des personnes qui les composent. Ces personnes sont formées notamment à l'écoute et l'aide par téléphone, ainsi qu'aux problèmes d'usage et d'abus de drogue.

La position qu'ils occupent

A propos des questions de drogues, les services se situent à l'interface des publics et des ressources que sont les services d'aide, de traitement et de prévention. Ils apportent une réponse spécialisée aux questions des appelants et offrent un service de généralistes aux structures spécialisées en toxicomanie.

A l'égard des personnes qui les sollicitent (jeunes, adultes, professionnels, usagers de drogue, entourage...), ils cherchent à faciliter les liens et les contacts, promouvant ainsi une plus grande égalité d'accès aux ressources disponibles, de l'information aux soins.

Au regard de leur place particulière, ces services constituent un indicateur permanent

- des évolutions et tendances de l'offre de drogues;

- des changements dans les pratiques de consommation;
- de l'adéquation ou non des offres de services généralistes ou spécialisées;
- des représentations, des besoins et des difficultés du public;
- de l'effet des politiques et des pratiques sociales et judiciaires.

Les conditions de leur existence

Pour fonctionner les services doivent s'appuyer sur une approche contractuelle qui garantit leurs moyens financiers, définit la nature des liens qui les unissent aux financiers et fixe les instances de régulation et de résolution des pressions qu'ils peuvent être amenés à subir.

Soutenus par une formation permanente, leur continuité doit être ancrée afin de garantir leur pleine efficacité auprès du public.

Les services garantissent l'anonymat de l'appelant ainsi que la confidentialité des informations recueillies. Ils garantissent au répondant un cadre déontologique fixant ses limites et droits au travers d'un contrat dont les contenus sont publics.

Tant dans la relation avec les personnes qui les appellent que dans leurs liens avec l'environnement, ils cherchent à développer un climat favorable qui permette de parler et de répondre aux questions que pose l'usage de drogues, sans dramatisation, ni banalisation, sans exclusion ni rejet.

La présidence de la FESAT est assurée par Philippe Bastin, directeur d'Infor-Drogues.

Pour toute correspondance et contacts: Bureau Permanent de la F.E.S.A.T, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles. Tél.: (02) 219 28 87. Fax: (02) 219 14 98. E-mail: FESATbureau@csi.com. ■

Le Club des cinq

Les ministres de la santé se concertent!

Les cinq ministres écologistes belges de la santé (Magda Alvoet pour le niveau fédéral, Mieke Vogels pour la Communauté flamande, Nicole Maréchal pour la Communauté française, Hans Niessen pour la Communauté germanophone et Thierry Detienne pour la Région Wallonne) ont tenu récemment une première réunion de travail commune sur différents enjeux relatifs à la santé.

La première partie des travaux a été consacrée à une rencontre avec une coordination d'associations environnementales et de santé sur la problématique du lien entre santé et environnement. A l'issue de cette entrevue, les associations ont tenu à souligner que c'était pour elles une situation nouvelle que de pouvoir se trouver en présence de l'ensemble des ministres de la santé et il a été décidé de programmer des réunions de suivi tous les trois mois.

Par ailleurs, dans un second temps, les cinq ministres écologistes ont jeté les bases d'une collaboration continue entre leurs cabinets: outre l'intérêt de la communication et de la concertation, ils ont décidé de retenir dès à présent quelques priorités et sujets de travail communs. Ainsi, ils ont retenu plusieurs formules pour combler le retard accumulé dans la prise en compte de l'impact de l'environnement (habitat, lieu de travail, alimentation) sur la santé. En outre, avant la fin de l'année, ils présenteront un programme concerté de lutte contre le tabagisme qui impliquera tous les niveaux de pouvoir. Ils ont abordé également plusieurs questions telles que la récolte des données épidémiologiques et les campagnes de dépistage précoce du cancer du sein.

Le suivi de ces questions sera assuré lors de réunions inter-cabinets mensuelles tandis que les cinq ministres se sont mis d'accord pour participer personnelle-

ment à un état des lieux bimestriel. En instaurant cette concertation continue, les ministres écologistes de la santé mettent en pratique leur volonté de coopération et de mise en cohérence des politiques menées par delà les frontières institutionnelles.

d'après un communiqué de Thierry Detienne

Notre commentaire

Le découpage des compétences en matière de santé est un fait indéniable dans notre pays, qui a parfois des avantages, parfois des inconvénients. On ne peut en tout cas que se réjouir de cette intention, qui est de nature à favoriser une approche cohérente de problèmes de santé publique impliquant des décisions à plusieurs niveaux de pouvoir. Et si les actes suivent rapidement les intentions sur des dossiers concrets, cela sera encore mieux. A suivre, donc... ■

Des perspectives nouvelles à l'action de santé au XXIe siècle

L'Organisation mondiale de la santé a présenté dans son *Rapport sur la santé dans le monde 1999* les orientations nouvelles qu'elle entend donner à l'action de santé au XXIe siècle, dans l'espoir de sauver des millions de vies et d'agir véritablement en faveur du bien-être des populations et de la lutte contre la pauvreté dans le monde.

Le Rapport décrit la révolution sanitaire du XXe siècle, qui a conduit à une baisse de la natalité et à des gains spectaculaires en espérance de vie, transformant les structures démographiques et contribuant à la croissance économique. Mais tous n'en ont pas bénéficié. Les auteurs

soulignent que plus d'un milliard d'individus entreront dans le XXIe siècle sans avoir participé à la révolution sanitaire.

Les décideurs des premières décennies du XXIe siècle auront à relever les défis liés à une charge de morbidité double: premièrement des épidémies nouvelles de maladies non-transmissibles et de traumatismes, dont la prévalence augmente dans les pays développés et les pays en développement; deuxièmement, le "programme inachevé" de lutte contre les maladies infectieuses, la malnutrition et les complications de l'accouchement dont les populations pauvres sont les principales victimes.

Le Rapport consacre des chapitres distincts au paludisme et à la prévention des décès dus au tabac, désignés pour faire l'objet d'une action concertée au niveau mondial. Le paludisme est défini comme une illustration du programme inachevé, le tabac offrant pour sa part un exemple d'épidémie nouvelle.

Pour de plus amples informations, contacter Thomson Prentice, Rapport sur la Santé dans le Monde, OMS, Genève, tél. (0041-22) 791 4224, fax (0041-22) 791 4870, e-mail: prenticet@who.int

Tous les communiqués de presse, aide-mémoire et OMS Information peuvent être obtenus sur Internet à la page d'accueil de l'OMS <http://www.who.int> ■

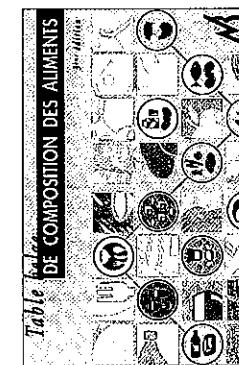
Aliments et additifs

L'asbl Nubel¹ vient de publier la troisième édition de la *Table belge de composition des aliments*. Pour Rudi Van Havere, Inspecteur sanitaire-directeur à l'Inspection générale des denrées alimentaires et Président de Nubel, cet outil peut être utile aux professionnels de l'alimentation et de la santé, aux étudiants, et même aux consommateurs désireux de mieux connaître ce qu'ils mangent.

Soulignons une fois de plus que l'intérêt de cette table réside dans le fait qu'elle fournit de très nombreuses informations sur la composition de quasiment tous les aliments commercialisés en Belgique, soit 900 produits.

Par rapport aux éditions précédentes, deux nutriments ont été ajoutés à la *Table*, le cuivre et le zinc, et plusieurs groupes de denrées ont été introduits: alimentation végétarienne et sportive, nourriture pour nourrissons et enfants en bas âge. La brochure de 80 pages est fournie avec une règle qui facilite grandement la consultation. La *Table* propose aussi une liste des denrées alimentaires avec poids et mesures, ce

qui permet au consommateur curieux (ou anxieux) de se faire une idée précise de la valeur nutritive de son alimentation. Suite logique, on y trouve aussi des recommandations relatives à l'apport conseillé de nutriments, pour les enfants et les adultes.



La *Table* reprend enfin la longue liste des additifs selon la classification européenne: colorants, conservateurs, antioxydants, émulsifiants, épaississants, gélifiants, stabilisants et autres.

Sur ce sujet, le Groupe des Verts au Parlement européen a édité un petit *Guide des additifs alimentaires*, qui les détaille de façon critique. Inspiré du principe de précaution (qui commence à être connu depuis quelques mois!), ce guide distingue additifs inoffensifs, inoffensifs en cas de consumma-

tion modérée, à éviter, en n'oubliant pas les risques d'allergie pour chacune de ces catégories.

Même si une majorité d'additifs passent sans trop de mal l'examen 'vert', le *Guide* n'en déconseille pas moins certains très répandus, tels les cyclamates (E952) et la saccharine (E954).

Rassurez-vous néanmoins: le caramel de sulfite caustique (E150b) est considéré comme sans danger. Bon appétit!

Table belge de composition des aliments, 3e édition, Nubel, 1999, 80 pages, 334 F. Renseignements: Carine Seeuws, Nubel, tél. (02) 210 48 28, fax (02) 210 48 16, e-mail: carine.seeuws@health.fgov.be. Site internet: www.nubel.com.

DENIL M., CAVALIER M.-R., LANNOYE P., *Guide des additifs alimentaires*, Groupe des Verts au Parlement européen, 1999, 112 pages, 100 F (+ frais de port). Disponible au (02) 284 56 95. ■

¹ Voici la composition de l'asbl: pour le secteur public, Inspection générale des denrées alimentaires et Institut d'expertise vétérinaire; pour le secteur privé, Fédération de l'industrie alimentaire et Fédération belge des entreprises de distribution.

Changement d'adresse

Nous déménageons! A partir du 16 novembre 1999, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante:

Education Santé, chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles, tél. (02) 246 48 53, fax (02) 243 20 49.

Notre adresse e-mail reste inchangée: education.sante@mc.be.

Changement d'adresse

Nous déménageons! A partir du 16 novembre 1999, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante:

Education Santé, chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles, tél. (02) 246 48 53, fax (02) 243 20 49.

Notre adresse e-mail reste inchangée: education.sante@mc.be.

se, les catégories de bénéficiaires y ayant droit et le rôle de la mutualité.

Combien vais-je payer chez le dentiste?

Il existe un accord entre les dentistes et les mutualités. Cela veut dire que les dentistes qui acceptent l'accord s'engagent à respecter les tarifs prévus par l'Assurance-maladie. Si un dentiste est conventionné, il applique les tarifs repris dans ce dépliant (mis à jour au 1er juillet 1999).

On notera toutefois qu'il n'y a pas eu d'accord dans les arrondissements d'Arion, Bruxelles, Charleroi, Nivelles et Virton, ce qui a comme conséquence que tous les dentistes exerçant dans ces arrondissements peuvent fixer librement leurs honoraires.

Le dépliant reprend pour quelques actes courants (consultations, traitements préventifs, soins conservateurs et extractions) les honoraires demandés par le dentiste, le montant remboursé par la mutuelle et la quote-part personnelle.

Tiers payant

Le tiers payant est le mode de paiement direct par la mutualité du montant pris en charge par l'assurance maladie, à des prestataires, services ou institutions. Les personnes qui ont bénéficié de ces soins ne doivent dès lors plus avancer l'argent qui leur est habituellement remboursé par la mutualité.

Le tiers payant est obligatoire pour les prestations en établissements résidentiels et interdit pour les soins ambulatoires. Mais il y a évidemment des exceptions qui permettent aux patients répondant à certaines conditions de pouvoir se faire soigner même si leur situation financière est précaire.

Le dépliant "Tiers payant" explique ces nuances pas toujours faciles à saisir, étant donné la complexité de l'organisation administrative des soins de santé dans notre pays.



L'hôpital

Une hospitalisation est toujours un moment difficile qui peut poser de nombreuses questions: quels sont les documents que je dois emporter? Je souhaiterais être hospitalisé dans une chambre à deux lits mais combien cela me coûtera-t-il? Et la facture, je n'y comprends pas grand chose, qu'est-ce que cela veut dire "honoraires forfaitaires"? Ma maman est âgée et vient de subir une opération qui la handicape momentanément, en quoi la mutualité peut-elle nous aider?...

Une brochure intitulée "L'hôpital; choix, formalités, coût..." apporte des éclaircissements à ces questions et quelques autres.

Pour recevoir les dépliants "Les franchises sociale et fiscale - un plafond à vos tickets modérateurs", "Payez le juste prix chez le dentiste", "Tiers payant" et la brochure "L'hôpital, choix, formalités, coûts", il vous suffit d'envoyer vos nom et adresse, accompagnés de deux timbres à 17 francs, à l'adresse suivante: Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, chaussée de Haecht 579 boîte postale 40, 1031 Bruxelles. ■

Lu pour vous

Précarité et état de santé bucco-dentaire

Cette étude est issue d'un travail effectué dans le cadre d'une thèse de chirurgien-dentiste pour la faculté d'odontologie de l'Université de Paris VII. Elle propose une intéressante analyse descriptive de l'état de santé bucco-dentaire de personnes ayant fréquenté des centres de médecine préventive de la Caisse nationale d'assurance maladie, au cours du premier trimestre 1997. Ces centres ont pour principal but de proposer des examens de santé périodiques gratuits à tous les assurés du régime général et leurs ayant droits, en priorité aux personnes se trouvant dans une situation économique difficile, due principalement à la perte ou à l'absence d'emploi.

Le principal intérêt de cette étude est de pouvoir comparer l'état de santé bucco-dentaire détaillé des personnes en situation de précarité (jeunes en voie d'insertion, RMistes et chômeurs) à celui des personnes ayant un emploi (étudiants, ou-

vriers qualifiés et non qualifiés, cadres). Toutefois, les personnes les plus défavorisées ont sans doute échappé à l'analyse. Moins préoccupées par leur état de santé ou ne bénéficiant pas de l'Assurance maladie, elles ne fréquentent pas les centres de santé.

Pour autant, cette étude confirme l'insuffisance des soins courants des dents et des gencives, et les besoins d'appareillage de la population générale en France et plus encore des personnes démunies. Elle met l'accent sur le fait que l'accès aux soins dentaires reste trop souvent lié aux moyens financiers personnels, compte tenu du faible remboursement de ce type de soins en France (ndlr: on peut malheureusement affirmer la même chose de la situation belge).

Quelques chiffres...

Globalement, la population étudiée présente un mauvais bilan. En moyenne, seule

une personne sur trois est jugée comme ayant un bon état de santé bucco-dentaire. Cette proportion passe à une sur cinq chez les personnes en situation précaire.

Plus de la moitié des personnes ont besoin de soins, qu'elles soient en situation précaire ou non. La différence entre les deux populations se situe au niveau de l'urgence des soins: 15% des chômeurs, 24% des jeunes précarisés et 25% des RMistes ont besoin de soins urgents, contre 7,5% des personnes non précarisées.

HASSOUN D., *Précarité et état de santé bucco-dentaire, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Paris, 1998, (Série Thèse), 60 pages, 80FF.*

Renseignements: CREDES, rue Paul-Cézanne 1, F-75008 Paris, tél. 1 53 93 43 02/17, fax 1 53 93 43 50, e-mail: document@credes.fr, internet: www.credes.fr ■

Réflexions

L'approche expérimentale est-elle adaptée à l'évaluation des actions d'éducation pour la santé?

L'exemple de l'évaluation de l'impact de la revue Ado sans T

Contexte

La tendance globale du tabagisme chez les jeunes de 13 à 17 ans de la Communauté française est en légère remontée depuis 1992 (Piette, 1997). Selon l'année d'enquête et le type d'enseignement, 30 à 60 % de ces jeunes ont déjà fumé du tabac au moins une fois et 15 à 20 % d'entre eux fument régulièrement. Parmi ces fumeurs réguliers, une proportion de plus en plus importante sont de "gros fumeurs" (plus de 20 cigarettes par jour). Ces données mettent en avant la nécessité de continuer les actions d'éducation à la santé sur le tabac.

Intervention

Le Club "Première génération sans tabac" créé en 1991 par la FARES¹ est une structure de sensibilisation active pour encourager les jeunes de 7 à 15 ans à être attentifs à la consommation de tabac et à la santé en général. Deux outils de communication sont diffusés trimestriellement. Il s'agit de la revue "Génération sans T" pour les jeunes de 7 à 11 ans et d'"Ado sans T" pour les 11-15 ans. Ces revues visent à créer un effet "boule de neige" pour augmenter le nombre de non-fumeurs. Elles ont pour spécificité d'adopter une approche multithématique et positive de la santé. Elles cherchent à associer leur public à la conception et à la rédaction de la revue. Par ailleurs, le Club propose un volet "courrier personnalisé" d'échanges d'idées, d'avis et d'informations ainsi que des activités ponctuelles de sport et de loisirs.

Objectifs de l'évaluation

Sur la base du cadre posé par le Fonds communautaire de recherche et d'information dans le domaine du tabac, une enquête ciblée a été réalisée auprès de jeunes de 11 à 15 ans. Un schéma d'évaluation a été élaboré en concertation entre les responsables du Club et les chercheurs du STES.APES², en vue:

- d'évaluer l'impact de la revue sur les attitudes et les comportements à l'égard du tabac ainsi que les représentations du fumeur et du non-fumeur;
- de tirer les enseignements quant à d'éventuelles modifications à apporter dans les lignes stratégiques du Club.

Méthodologie

Questionnaire

Il était constitué de questions fermées. Quatre parties ont été définies de manière à balayer les objectifs des responsables du Club présentés brièvement ci-dessus.

La première partie enregistre les renseignements généraux (âge, niveau d'étude, type d'enseignement, structure familiale et niveau d'étude des parents). La deuxième partie concerne les opinions, attitudes et comportements en matière de santé physique et mentale. La troisième partie porte sur les comportements et les représentations en rapport avec le tabac. La dernière s'intéresse aux modalités d'intégration des adolescents dans les réseaux d'informations et de loisirs.

Schéma d'évaluation

Cinq cents jeunes de Bruxelles et de Wallonie, répartis en deux groupes d'âge (Groupe I: 11-12 ans; Groupe II: 14-15 ans) ont été tirés au hasard. Les 16 jeunes déjà membres du Club "Première génération sans tabac" ont été retirés de la sélection et une réserve de 34 jeunes a été constituée au cas où l'échantillon se serait avéré insuffisant.

Un premier questionnaire (prétest) a été envoyé aux 450 jeunes avec un rappel 15 jours plus tard. Le taux de réponse était de 50,6 % soit 228 questionnaires. Ces questionnaires ont été soumis à un tri aléatoire afin de définir un groupe expérimental et un groupe contrôle.

Les jeunes du groupe expérimental ont reçu quatre numéros de la revue (un par trimestre).

Le post-test a été réalisé un an après la première enquête. Un questionnaire identique a été envoyé à l'ensemble des

jeunes ayant répondu au premier envoi. Un rappel a également été organisé 15 jours plus tard. Le taux de participation était cette fois de 60,9 % soit 139 jeunes en final.

Tableau 1: Nombre de répondants

	Prétest	Post-test
Groupe I (11-12 ans)	117	70
Groupe II (14-15 ans)	111	69
Total	228	139

Schéma d'analyse des données

La récolte et l'analyse des données ont été organisées de manière à se placer dans les conditions scientifiques requises par une approche expérimentale. Afin d'obtenir un tableau clair et sensible de l'effet spécifique de l'impact de la revue, un test avant l'action (prétest) a été effectué ainsi qu'un autre après l'action (post-test). Un groupe expérimental (qui a reçu l'intervention) et un groupe contrôle (qui n'a pas reçu l'intervention) ont été constitués de manière aléatoire pour s'assurer que les résultats seraient attribuables à l'intervention menée et non aux influences externes.

La représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale a été contrôlée sur base des renseignements généraux. Ceux-ci ont également permis de vérifier que les groupes ayant répondu au prétest et au post-test avaient un profil identique. Enfin, l'équivalence des groupes expérimental et contrôle a été établie en comparant leurs réponses aux renseignements généraux et aux questions de consommation.

Ces préalables étant posés, il était pertinent de mesurer l'impact de la revue par la comparaison des comportements et représentations entre le groupe expéri-

¹ Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé.

² APES-ULg, Service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège.

mental et le groupe contrôle au post-test.

Par ailleurs, la comparaison des résultats entre groupes d'âge à un même moment (prétest ou post-test) et l'évolution des réponses dans un même groupe d'âge entre les deux tests permet d'analyser plus finement l'évolution des comportements et représentations en lien avec des phénomènes de maturation physique et psychosociale caractéristiques de l'adolescence.

Enfin, une comparaison des jeunes n'ayant jamais fumé et de ceux ayant déjà fumé a été réalisée pour rendre compte des interactions entre la proximité au tabac et les représentations à l'égard du tabagisme.

Résultats

L'analyse des résultats a porté sur les comportements de consommation de tabac, le positionnement en présence de pairs fumeurs, les représentations en rapport avec

le tabagisme et les opinions sur la revue.

Les représentations en rapport avec le tabagisme ont été explorées via trois registres. Il s'agit de la perception des risques liés au tabac, la perception des fumeurs et la représentation des motivations du fumeur et du non-fumeur.

Il semble qu'il n'y ait pas d'impact direct de la revue sur les comportements de consommation de tabac et le positionnement en présence de pairs fumeurs: aucune différence significative n'est apparue entre le groupe expérimental (groupe qui a reçu la revue) et le groupe contrôle (celui qui ne l'a pas reçue).

Par contre, dans le domaine des représentations, une différence statistiquement significative a été relevée entre les groupes au terme d'un an d'abonnement. Il s'agit d'une diversification de la connaissance des



risques liés à la consommation de tabac. Ces résultats sont présentés ci-dessous. Ces résultats montrent que le groupe expérimental énonce des risques beaucoup plus nombreux et diversifiés que le groupe contrôle.

Les résultats de l'analyse des opinions sur la revue ont mis en exergue deux dimensions en relation avec les objectifs du Club. Premièrement, une majorité des jeunes est surtout motivée par les activités qui touchent à la détente et inversement, ils accordent peu d'importance à exprimer leur avis ou à participer à l'organisation de la vie collective. Deuxième-

ment, avec l'âge, l'intérêt pour la lecture diminue de même que la participation à des activités organisées. Par contre, l'attrait pour les relations informelles entre pairs augmente. D'autres résultats intéressants apparaissent à propos de l'évolution des comportements, attitudes et représentations en fonction de l'âge. Les différences se cristallisent particulièrement autour des variables de consommation et de positionnement par rapport aux fumeurs.

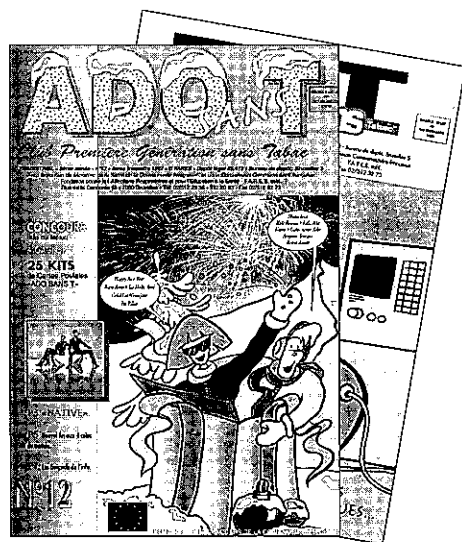
Le groupe I (11-12 ans) est caractérisé par l'absence de fumeurs réguliers et une forte adhésion aux "slogans" antitabac. Par contre, le groupe II (14-15 ans), qui compte une plus grande proportion de jeunes qui ont essayé de fumer ou qui fument régulièrement, est plus tolérant au niveau des choix individuels de comportement. On constate une nette évolution entre le prétest et le post-test dans la perception qu'ont les jeunes des motivations à fumer ou à ne pas fumer et ce, dans les deux groupes d'âge. Les motivations en augmentation sont liées à l'influence des pairs: "épater", "avoir un genre", "faire adulte", "faire comme les copains". Les raisons qui évoquent des facteurs personnels voient leur probabilité diminuer: "aimer le goût", "être moins timide", "se détendre", "oublier les soucis". Cette meilleure perception des désavantages du tabac et de l'influence des pairs sur le choix d'être non-fumeur se manifeste dans les deux groupes d'âge et de façon équivalente dans les groupes expérimental et contrôle. On ne peut donc isoler ni un effet de la maturation ni un effet de la revue "Ado sans T". Une part de cette évolution devrait sans doute être imputée à un "facteur d'ambiance" plus général en matière de prévention tabagique.

Tableau 2: "A ton avis, quels sont les risques que prend un fumeur pour sa santé?"

Pourcentage de jeunes ayant cité chacun des risques

	Groupe contrôle (n=76)	Groupe expérimental (n=61)	X2
Cancer en général	65	78	N.S.
Mauvaise santé en général	54	75	p<0.01
Problèmes respiratoires	16	26	N.S.
Problèmes cardiaques	9	25	p<0.05
Problèmes nerveux	29	46	p<0.05
Accoutumance	9	29	p<0.05
Risques non associés à la santé	9	25	p<0.05

Les seuils de signification présentés dans la colonne X2 du tableau 2 sont les résultats du test d'égalité des proportions. Sur la base du test X2, nous pouvons affirmer que la différence entre les groupes est statistiquement significative dans cinq cas, respectivement avec 1% et 5% de risque de se tromper.



Clairement, pour la psychologie, la migration est un processus très complexe; certains vont jusqu'à parler de "migration des âmes"¹⁴ dans le traitement des situations que vivent les immigrés.

De ce point de vue, "migrier" comporte deux significations:

1° **Emigrer**: quitter, perdre l'enveloppe¹⁵ de lieux, de sons, d'odeurs, de sensations de toutes sortes qui constituent les premières empreintes sur lesquelles s'est établi le codage du fonctionnement psychique¹⁶.

"L'émigration consiste donc à modifier l'enveloppe tout en tâchant de préserver l'identité du noyau¹⁷".

2° **Immigrer**: entrer dans, s'immerger, reconstruire, en l'espace de quelques mois, quelques années, ce que des générations

ont lentement et progressivement élaboré durant des années. Ne se plonge-t-on pas soudainement dans des habitudes, des coutumes, des manières d'être d'un nouveau quartier, d'une autre ville... alors que les allochtones, eux, les ont vus évoluer?

Ce détour par des considérations psychologiques et sémantiques nous montre, déjà, que la situation de "l'Autre" n'est pas une fantaisie sociale: elle est loin d'être de tout repos.

Nous verrons dans le prochain numéro comment cet Autre peut être particulièrement exposé aux problèmes de santé, alors même que l'accès aux soins et à la prévention lui est rendu plus difficile.

Silas Iyakaremye et l'équipe de Cultures & Santé ■

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

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

14 Tobie Nathan, "Le temps interrompu. Pathologie du deuil et de l'exil", NRE, éd. La pensée sauvage, Paris, 1988.

15 Dans le sens où l'entend Anzieu (1987): "moi-peau"
16 Voir à ce sujet la signification psychanalytique du langage en tant que structure sur base de l'individuel, du familial et du social.

17 Tobie Nathan, op. cit., p.27.

Matériel

L'alimentation de l'enfant de 0 à 1 an

L'équilibre alimentaire ne se construit pas en un seul repas, ni en un seul jour. Il se construit au fil des jours en fonction de l'appétit de l'enfant et de la variété des aliments qui lui sont présentés. L'enfant trouve dans les aliments l'énergie et les éléments nécessaires à sa croissance et à son développement.

L'Office de la naissance et de l'enfance vient de publier quatre nouveaux dépliants destinés aux futurs et jeunes parents, concernant l'alimentation de l'enfant de 0 à 1 an.

De la naissance à 4 mois: rien que du lait

Ce premier dépliant contient des informations sur l'allaitement et sur les laits en poudre. Quand allaiter? Comment se nourrir quand on allaite? Comment conserver le lait maternel? Comment les jeunes mamans peuvent-elles savoir si

elles ont assez de lait? Que faire en cas de douleur au sein? Quel lait en poudre choisir? Quelle quantité faut-il donner? Faut-il ajouter autre chose dans le biberon?

De 4 à 6 mois: des nouveaux aliments en douceur

Quels aliments faut-il d'abord introduire dans la nourriture du bébé? Quelles quantités lui présenter? Comment s'y prendre? Et si le bébé refuse? Faut-il agir de la même façon si l'enfant est né prématurément? Que faire si le bébé présente un risque d'allergie?

De 4 à 6 mois: le repas de fruits et la purée de légumes

Quels légumes choisir? Comment procéder? Peut-on conserver les légumes préparés? Quels fruits choisir? Comment donner les premiers repas de fruits?

De 6 à 12 mois: pas à pas vers la variété des aliments

Quels aliments choisir? Comment s'y prendre? Quelle quantité de viande donner? Faut-il continuer à donner du lait à l'enfant? A partir de quand peut-on donner du pain et en quelle quantité? Ces quatre dépliants permettent de cibler l'information en fonction de l'âge des enfants et de répondre ainsi directement aux questions des parents.

Deux brochures moins récentes, "Bon appétit les bébés" (l'alimentation de 0 à 18 mois) et "Des petits plats pour les grands" (l'alimentation de 18 mois à 6 ans) complètent les informations contenues dans les documents. Tous ces documents sont disponibles gratuitement dans les consultations de l'ONE ou au (02) 542 12 11. ■



La Mutualité chrétienne vous informe

Le Service Infor Santé de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes publie régulièrement des informations techniques en assurance maladie ainsi que des tarifs de prestataires de soins, destinés au grand public. Trois nouveaux dépliants et une brochure d'information viennent de sortir de presse.

Franchise sociale et franchise fiscale

Le principe de la franchise en assurance maladie est simple: dès que vos dépenses médicales atteignent un certain plafond, les tickets modérateurs qui restent à votre charge vous sont remboursés.

Les franchises sociale et fiscale protègent les personnes dont les frais médicaux sont nombreux et importants.

Il est donc utile de savoir qui peut en bénéficier et selon quelles modalités.

Le dépliant "Un plafond à vos tickets modérateurs" détaille les systèmes de franchi-

Nous retiendrons enfin que plus de trois modalités sont envisageables dans l'éducation: celle-ci procède d'un savoir, d'un savoir-être et d'un savoir-faire ou d'un savoir-communiquer, ce qui revient à "introduire celui qui s'éduque dans une culture".

Mais justement, comment communiquer avec "l'Autre culturel"?

Pour "Cultures et Santé", il serait un leurre de prétendre connaître les différents degrés culturels des différents immigrés afin d'y adapter tous les paramètres des actions d'éducation pour la santé.

Il y a deux groupes de difficultés majeures: 1° Nous avons vu que la culture est multiple et n'est jamais figée. Divers changements socio-environnementaux font qu'un niveau culturel d'un groupe d'immigrés donné peut différer d'une période à l'autre. L'adhésion à sa culture n'est jamais facilement mesurable et des métissages culturels sont le lot de chaque observation. On sait aussi qu'à n'importe quel niveau, des changements interviennent de façon anarchique. La culture n'est pas homogène: même au sein d'un seul pays, la culture du paysan n'est pas la même que celle du citadin, etc.

Toutes ces situations peuvent biaiser les analyses des phénomènes culturels. Pour effacer le biais, il faudrait des études horizontales et verticales fouillées, qui pèseraient sans doute très lourd dans les budgets des associations philanthropiques.

2° Quand bien même on pourrait déterminer à quel niveau culturel chaque groupe d'immigrés se situe - au prix d'énormes efforts financiers -, d'autres efforts resteraient à déployer (connaissances intellectuelles, personnel, ...). Et ceci, pour arriver peut-être à un résultat qui ne sera pas proportionnel aux moyens mis en œuvre.

Le pragmatisme est de rigueur à "Cultures et Santé" qui, tournée vers l'extérieur, a choisi de privilégier la communication interculturelle. Cette dernière n'envisage pas la connaissance absolue et détaillée de toutes les pratiques culturelles pour les mettre au même diapason. Elle vise surtout l'ouverture envers l'Autre, différent, de l'autre culture, de l'autre croyance, de l'autre niveau... par le biais d'une "empathie responsable"⁹.

Au-delà de tout discours, la communication interculturelle demeure un outil incontournable pour quiconque voudrait éduquer à la santé, humainement, dans

une société inévitablement multiculturelle.¹⁰

La communication interculturelle

La communication interculturelle, c'est poser des "actes communicatifs" réfléchis et décentrés afin de faire passer concrètement et adéquatement le message communicatif donné (par exemple le message de santé, la prévention, les soins de santé, la sécurité sanitaire, etc.). C'est aussi l'utilisation de techniques d'"empowerment", soit susciter la prise de responsabilité et d'autonomie.

En d'autres termes, la pratique oblige à ne pas se focaliser sur des délimitations précises de la culture. Par contre, on pourra tenir compte d'un ensemble de marquages qui, selon certaines circonstances - ici par exemple la compréhension du message de santé -, concourent à la catégorisation culturelle de l'individu. De manière non exhaustive, citons la localisation géographique, le langage - verbal et non verbal -, la tradition, les mœurs, etc.

S'il est vrai que la sensibilisation à la culture de l'autre est importante en communication interculturelle, il est aussi vrai qu'il s'agit moins de connaissances holistiques, que de développement de réflexes de tolérance; savoir ce qu'on communique à qui et quand. C'est être simplement capable de dialoguer en connaissance de cause avec "la personne étrangère"¹¹; savoir aussi ne pas dialoguer si le dialogue constitue une intrusion pour l'Autre.

C'est par ce canevas que nous pouvons observer des actions fructueuses avec la logique de l'Autre. Le leitmotiv qui sous-tend ces actions d'éducation à la santé est de favoriser l'autonomie et la prise de responsabilité de l'Autre, en s'ouvrant à son questionnement.

Dans ce réalisme pratique, on est amené à considérer trois grands axes: le processus migratoire en tant que facteur de fragilité psychosociale; des dénominateurs communs des immigrés et des personnes défavorisées, en santé; des problématiques sanitaires spécifiques à la précarité physique, morale et sociale. Nous traitons ci-dessous du premier de ces axes; les deux suivants feront l'objet de l'article à paraître dans le prochain numéro d'Education Santé.

Le processus migratoire ou la fragilité socio-psychique

Sans même devoir aller jusqu'à évoquer la complexe notion de "migration des

âmes"¹², on peut constater que la personne défavorisée, l'immigré, la personne d'ailleurs... subissent des "oppressions" de type sanitaire, conséquentes à leur prédisposition et à leurs conditions de vie.

D'ailleurs la notion de migration, dans le sens où on l'entend lorsqu'on parle d'immigrés, porte en elle-même des indications d'une fragilité psychomorphe et sociale. Le mot "migration" est en effet lourd de significations très émotionnelles. Couramment, migrer veut dire quitter son pays pour aller vers un autre. Cependant, "autre pays" peut en réalité signifier "autre province, autre région, autre commune, autre quartier, autre rue, autre côté de la maison, ... autre chambre d'une même maison, voire autre lit dans une même chambre".

Certains témoignages de la psychologie clinique et pathologique sont très éloquentes à ce sujet. Sans parler de la grande migration de continent à continent ou de pays à pays, la psychopathologie¹³ recense nombre de troubles liés au simple déménagement sans que tous les membres de la famille y soient préparés, peut engendrer chez les personnes sensibles tels les enfants et les personnes âgées, des troubles psychomoteurs graves. On peut observer, par exemple, des échecs scolaires, des angoisses, des cauchemars, des régressions du développement psychomoteur comme l'énurésie, des symptômes de dégoût allant jusqu'aux fugues, etc. Ici, le déménagement est vécu quelquefois comme une perte fondamentale de repères psychoaffectifs (perte de sécurité, du connu, etc.).

Qu'on ne s'y méprenne cependant pas: il n'est pas dans nos intentions d'occulter le fait que dans certaines circonstances, une migration puisse être enrichissante, tant sur le plan culturel qu'intellectuel, notamment par le biais des échanges. Nous parlons ici des difficultés relevées par la psychopathologie.

⁹ Entendue comme un processus communicatif consistant à s'identifier momentanément à l'autre afin de mieux appréhender son vécu, et ce, de manière non fusionnelle, neutre, volontaire et contrôlée.

¹⁰ Pour évoquer le postulat selon lequel, après analyse de la notion d'identité culturelle, ontologiquement même une famille est une micro-culture.

¹¹ Nous avons évoqué implicitement la relativité de la notion "d'étranger" et de "familier" ou proche en parlant de l'identité.

¹² Thématization de l'ethno-psychiatre T. Nathan, pour souligner les difficultés de transferts et adaptations identitaires dont sont sujets les migrants, in "Le temps interrompu. Pathologie du deuil et de l'exil", Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie, éd. La pensée sauvage, 1988.

¹³ Référence à H. Boutsen, Cours de "Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent", I.L.M.H. 1995-1996.

Parmi les résultats obtenus, peu d'entre eux permettent de tirer des conclusions sur l'impact de la revue. Rares sont les effets statistiquement établis entre le groupe qui a reçu la revue et le groupe qui ne l'a pas reçue. De manière générale, les analyses concernant l'ensemble des variables ont fait l'objet d'un rapport et ne sont donc pas développées ici.

Il a semblé préférable de profiter de cette expérience pour illustrer les limites de l'approche expérimentale dans l'évaluation des actions d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. La deuxième partie de l'article sera donc consacrée à cette discussion d'ordre méthodologique.

Discussion: le schéma expérimental est-il approprié à l'évaluation des actions d'éducation à la santé?

Le choix de la stratégie d'évaluation reste une question difficile pour le professionnel. La tentation d'utiliser un schéma expérimental pour évaluer l'efficacité d'une action d'éducation à la santé est grande. Mais est-il toujours possible et justifié, voire justifiable d'investir des efforts considérables (humains, financiers, scientifiques) pour aboutir à des résultats aussi limités? Cette question amène à poser à nouveau celle de l'objet et de la méthode d'évaluation. Quelles informations sont intéressantes à récolter? A quelles questions souhaite-t-on répondre? Quels modes de recueil et d'analyse des informations sont les plus réalistes et les plus pertinents pour ce faire?

L'approche expérimentale, qui prévaut depuis longtemps en santé publique mais aussi dans les modèles cliniques a longtemps influencé ces choix. Ce type d'évaluation, conçu comme la mesure de l'efficacité de l'action répond aux questions: "Avons-nous atteint nos objectifs?", "Avons-nous obtenu les effets attendus?".

Le schéma expérimental est donc souvent privilégié parce que l'on s'intéresse à la question du succès, mais aussi parce qu'elle répond à des contraintes et à des enjeux institutionnels. Il semble parfois incontournable car il permet d'obtenir des résultats chiffrés, et il semble offrir la garantie de rigueur d'une méthode "scientifique". Dès lors, il est souvent préféré par

les professionnels de santé. Parfois, il est même exigé par les pouvoirs subsidiaires.

En promotion de la santé et éducation pour la santé, le recours à l'approche expérimentale requiert fréquemment une récolte extensive d'informations pour faire apparaître des effets. Le questionnaire fermé auto-administré semble donc souvent l'instrument adapté à ces exigences. On peut cependant se demander si cette manière de poser la question de l'évaluation, si les méthodes et instruments qui en découlent sont assez sensibles pour récolter des informations sur la complexité des facteurs et des interactions qui déterminent les comportements de santé. Il est en effet très difficile d'évaluer le processus de modification des opinions et comportements. L'évolution des représentations en matière de consommation de tabac est au centre d'influences complexes. Ces modifications se situent au carrefour de nombreux facteurs et se jouent sur le long terme.

L'évaluation d'efficacité rencontre trois types de limites liées à cette complexité.

Une première série de limites est liée au choix de l'objet d'évaluation lui-même.

Est-il pertinent d'attendre d'une publication qu'à elle seule, de façon isolée, elle dépasse des effets de développement des connaissances, pour atteindre le niveau des opinions, attitudes et intentions comportementales?

Est-il pertinent de vouloir établir l'impact d'un outil de sensibilisation en faisant abstraction du contexte dans lequel il a été introduit et exploité (abonnement spontané par le jeune, utilisation en classe par certains enseignants, etc.)? Par exemple, les résultats ont montré une évolution de la perception qu'ont ces jeunes des raisons qui poussent à fumer ou à ne pas fumer, effet non clairement attribuable à la maturation ou à la présence de la revue. Sans doute est-ce la conséquence d'une ambiance générale liée à la multiplication des actions de prévention du tabagisme. Par ailleurs, les intervenants qui utilisent "Ado sans T" comme support d'animation auprès de groupes de jeunes en reconnaissent l'utilité et la pertinence.

Poser la question de la pertinence à vouloir prouver l'efficacité de la revue revient à poser la question de l'objectif de l'évaluation en terme d'utilité du jugement sur le produit d'une action isolée.

En bref, avisons-nous l'outil adéquat pour mesurer cette action et/ou avons-nous essayé de mesurer quelque chose d'impossible à mesurer? Britton et Al., cités par Rada (1999) ont mis en avant l'importance de distinguer le fait "de ne pas être efficace" et celui de "ne pas être évaluable".

Le deuxième type de limites est lié à l'instrument et au mode de recueil des informations.

Un questionnaire auto-administré composé de questions fermées et nécessairement de longueur limitée est-il assez sensible pour pouvoir saisir la complexité des facteurs intervenant dans le processus de modification d'un comportement et l'élaboration mentale qui précède celle-ci? Est-il adapté pour refléter les ambivalences et l'instabilité des positionnements des adolescents, caractéristiques d'une personnalité en construction?

Enfin, l'administration d'un questionnaire en dehors de tout contexte de sensibilisation et d'échange n'est pas propice à motiver l'adolescent à fournir des réponses stables.

Le dernier type de limites est d'ordre méthodologique.

Il est très difficile d'isoler les effets d'un outil et son contexte d'utilisation, de l'influence générale due à la somme des actions effectuées sur la thématique. Ce phénomène est particulièrement bien illustré dans cette étude par les variations enregistrées dans la mise en évidence des différences statistiquement significatives:

- différences entre groupes expérimental et contrôle au niveau de la connaissance des risques;
- différences entre les tranches d'âge pour la perception des fumeurs;
- différences entre prétest et post-test au sein d'un même groupe d'âge en ce qui concerne la motivation à fumer et les connaissances.

Dans ces conditions, la mise en évidence de différences statistiquement significatives nécessite d'une part un sévère contrôle des variables susceptibles d'intervenir sur le phénomène évalué et d'autre part des groupes de taille suffisante pour rendre leurs profils comparables. Selon Tones (1990), on aboutit ainsi à des procédures de vérification non seulement laborieuses, mais surtout totalement irréalistes et artificielles.

Le tableau ci-dessous reprend le nombre d'essais et de fumeurs réguliers. Il illustre particulièrement bien le problème des petits groupes et des efforts à fournir pour mettre en évidence un impact sur les comportements à risque. Pour obtenir dix fumeurs réguliers dans le groupe des 11-12 ans, il faudrait multiplier l'échantillon de départ par dix, soit 5000 personnes dans le cas illustré ici.

luer des actions d'éducation pour la santé. Le schéma défini par le Fonds communautaire de recherche et d'information dans le domaine du tabac n'a pas permis aux promoteurs de la revue "Ado sans T" de justifier l'investissement financier consacré à cette activité, dont l'utilité et la pertinence sont par ailleurs reconnues par les intervenants auprès des jeunes. L'évaluation ne leur a par ailleurs fourni que

teront-ils avec suffisamment de visibilité et d'amplitude pour être évaluables? Seront-ils assez spécifiques pour être isolés?

Dispose-t-on des ressources matérielles et financières pour appliquer l'évaluation à des groupes de grande taille et à des intervalles de temps suffisamment longs?

Les effets attendus de l'action seront-ils observables par l'intermédiaire d'un questionnaire fermé?

A quoi souhaite-t-on que servent les résultats attendus de l'évaluation? A justifier une subvention? A améliorer les modes d'interventions, les méthodes d'action?

Faute de répondre de manière réaliste à ces questions, on risque de se retrouver confronté à un hiatus entre les résultats de l'évaluation et les autres informations disponibles sur l'action. Selon les cas, ce décalage aboutira à remettre en cause la méthodologie d'évaluation ou l'action elle-même, mais rarement à utiliser de manière pragmatique les résultats produits pour améliorer le projet.

Anne Liesse, Chantal Vandoorne - APES-ULg, Service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège ■

Références

Tones K., Tilford S., Robinson Y, Health education: effectiveness and efficiency, Chapman and Hall, 1990, 286 p.

Rada J., Ratima M., Howden-Chapman Ph., Evidence-based purchasing of health promotion : methodology for reviewing evidence, in Health Promotion International, Vol 14, N°2, June 1999, pp. 177-187.

"catalogué" comme individu de telle ou telle culture par les autres. Ceci ne rend forcément pas compte de l'identité culturelle qui est la manière dont le sujet s'identifie, se sent subjectivement et ontologiquement membre de la culture concernée.

Clairement, c'est la question de savoir si l'immigré dit de culture turque, marocaine, africaine, kosovare, sud-américaine, ... se sent réellement comme tel, s'il agit et vit en fonction de ces données culturelles;

se sent-il plus immigré que belge par exemple? Et jusqu'à quel degré? Car n'oublions pas que les débats sur les métissages culturels restent ouverts.

Dans le domaine de la santé, plus précisément en santé mentale, des ethnopsychiatres répondent déjà à la question.

La psychanalyse nous a appris que le sujet et son langage se constituent de parts individuelles (ex.: particularités biologiques et psychiques), familiales (ex.: l'éducation, les processus mentaux complexes tels d'Oedipe...) et sociales.

Les tendances ethnopsychiatriques courantes - d'inspiration psychanalytique pour la plupart - sont de dire que lors du trouble de santé, de souffrance, comme par exemple la maladie, il y a une résurgence de la donnée culturelle fondamentale. Ce qui est concrètement ramené à la surface, l'observable, dans ces circonstances, est une part culturelle très signifiante.

Mais les dimensions d'identité culturelle mises en évidence lors des difficultés de la vie ne coïncident pas avec l'appartenance culturelle que nous assignons à l'individu, ou qu'il laisse voir.

La culture-gigogne

En réalité, l'individu est le fait de plusieurs facettes culturelles: ce que l'ethnopsychiatre P. Woitchik¹ appelle "culture-gigogne". M. Singleton², lui, dit que le "Soi" est plus comparable à un oignon qu'à un artichaut, pour signifier la non-substantialité tangible de l'identité culturelle³.

Que dire alors de la culture à laquelle on est censé appartenir?

N'est-ce pas - comme nous l'avons dit plus haut - le public social qui, en fonction de ses appréciations (...) décrète que tel groupe ou tel individu est "étranger" ou "immigré" ou "différent"?

C'est ici qu'intervient le croisement des logiques: d'une part celle du public social (ex.: les allochtones, les professionnels de divers secteurs, ...) et d'autre part celle du concerné lui-même.

Se pose alors la question de savoir pourquoi tel groupe d'immigrés est ressenti comme proche, sans problème, donc familier ou, au contraire, représente l'étrange, le malheur et les problèmes. L'appartenance culturelle qu'on attribue à l'autre semble donc bien être porteuse de jugements positifs ou négatifs.

Le professeur Singleton nous apprend que ni l'appartenance ni l'identité culturelle ne

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

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

sont absolues. Pour reprendre ses propos⁴: on n'est pas absolument [...], mais toujours relativement. On ne s'identifie pas d'abord en soi-même ou en groupe pour se situer après coup à l'égard d'autrui. Aussi, "le soi" ne surgit qu'en situation [...]. En somme, l'identité n'est pas un patrimoine mais un pion et un pion aux valeurs variables.

L'auteur donne un exemple concret sur lui-même en ces termes: "De toute façon, en Belgique, je ne suis pas belge, mais wallon ou flamand. Et en Wallonie, je ne suis pas wallon, mais namurois. A Namur même, je ne suis pas namurois, mais de Saint-Servais, ou d'ailleurs. Jusqu'à ce que j'arrive à moi-même... et encore (...)"⁵.

Paradoxale est donc la donnée culturelle, en tant qu'identité ou appartenance. Faudrait-il peut-être parler de culture du riche et du pauvre, du jeune et du moins jeune, de l'employé et de l'ouvrier, de l'universitaire et de l'illettré... ou de tout à la fois. On n'oublierait pas non plus les états intermédiaires ainsi que les différents changements s'opérant au cours de la vie d'un même individu.

Du coup réapparaît la question de la définition de la culture qui, monosémique pour le langage courant, est en réalité polysémique.

Il nous (professionnels) est conseillé de rester vigilant pour ne pas verser dans ce qu'on appellerait un "culturo-centrisme", qui peut, si on n'y prend pas garde, porter ombrage aux actions menées en faveur de la communication interculturelle et de la promotion de la santé.

C'est cette mise en garde que le psychologue T.S. Mukuna formule en ces termes: "Il est vrai que la pensée universaliste comme la pensée culturaliste aboutissent toutes les deux à une culture de la spécificité. La première finit par imposer un rapport de domination et d'assimilation où les non-occidentaux ne retrouvent pas la prise en considération de leur différence et la reconnaissance d'une partie de leur patrimoine culturel. La seconde dérive vers un rejet et un refus de l'enrichissement par la différence de l'autre"⁶.

En dernière analyse, des nuances s'imposent lorsqu'on traite de la culture d'autrui car, comme le disait M-C Ortigues⁷ après divers travaux avec des Africains (...), on ne peut jamais savoir à quelle distance de notre (ou la) culture se situe l'intéressé.

Cette option tend d'ailleurs à confirmer le bien-fondé de l'approche interculturelle humaine et pragmatique⁸ que "Cultures et Santé" met en œuvre dans l'éducation pour la santé.

"Culturaliser" les messages de santé?

Venant du mot latin "e-ducere", éduquer signifie "conduire en dehors, ailleurs". L'éducation est, de ce point de vue, un acte de sortir de soi pour aller vers l'autre.

Pour le Prof. Jaspard, l'éducation est "une action qui consiste à étendre le champ de ses relations. Apprendre à communiquer avec l'autre et ce, sans s'aliéner".

¹ Interviewé pour un mémoire de logopédie, S. Iyakaremye, I.L.M.H, Bruxelles, 1995-1996.

² Sociologue-Anthropologue (philosophique et culturelle), professeur à la faculté des Sciences économiques, sociales et politiques à l'UCL.

³ Michaël Singleton, "Anthropo-logiques de l'Autre" in "Le familier et l'étranger". Dialectiques de l'accueil et du rejet", Academia-Bruylant, Louvain-La-Neuve, 1997, p.61.

L'oignon et l'artichaut se constituent de superposition de couches et ont des apparences quasi similaires. Mais à l'examen fouillé, si l'on décompose chacun, couche par couche, à l'oignon il ne reste à la fin qu'une mince substance généralement non consommable; tandis qu'à l'artichaut la substance finale est plus ou moins homogène et s'apprête à la consommation...

⁴ Michaël Singleton, op. cit. p.61.

⁵ Ibidem.

⁶ Tshinyingunyingu Simon Mukuna, "Le psychologue face aux enfants, aux jeunes et aux familles de cultures différentes", in Micheline Rey-Von-Almen (si la direction de) "Psychologie clinique et interrogations culturelles", l'Harmattan/C.I.E.M.I, Paris, 1993, p.55.

⁷ Marie-Cécile Ortigues, "Repères culturels et positions personnelles dans les entretiens avec les émigrés africains" in "Psychologie clinique et interrogations culturelles", p.271.

⁸ Au-delà de la simple notion de réalité pratique, le pragmatisme ici est entendu comme doctrine philosophique qui considère l'utilité pratique d'une conception comme le critère de sa vérité: "est vrai ce qui est utile".

Tableau 3 : Essai et consommation régulière de tabac

	GROUPE 11-12 ANS		GROUPE 14-15 ANS	
	Groupe expérimental (n=27)	Groupe contrôle (n=43)	Groupe expérimental (n=36)	Groupe contrôle (n=33)
Non-fumeurs	20	26	16	13
Essai	7	17	20	20
Consommation régulière	1	0	7	8

Conclusion

Malgré les efforts considérables mis en œuvre pour appliquer les conditions requises par le schéma expérimental, nous nous sommes retrouvés exactement dans les limites décrites par Voth, cité par Tones (1990): le problème des faibles effets, des mesures grossières et des petits groupes ainsi que la complexité des interventions à mettre en œuvre pour obtenir des schémas d'analyse identiques dans les deux groupes. Raisons pour lesquelles Voth qualifie les schémas expérimentaux comme inappropriés.

Cette étude illustre une nouvelle fois les limites du modèle expérimental pour éva-

peu d'éléments pour mettre en place de nouvelles stratégies d'éducation à la santé. Sans doute aurait-il été plus judicieux de mener des entretiens avec des groupes de jeunes, éventuellement sur le mode longitudinal pour récolter des informations à la fois pertinentes et utiles pour les actions de prévention.

Tout promoteur de projet qui souhaiterait adopter ce type de schéma devrait auparavant examiner si les conditions sont remplies pour pouvoir amener des résultats significatifs.

Il convient en particulier de se poser les questions suivantes:

Les effets attendus de l'action se manifestent-ils avec suffisamment de visibilité et d'amplitude pour être évaluables? Seront-ils assez spécifiques pour être isolés?

L'éducation pour la santé par une approche interculturelle pragmatique

Dans la première partie de cet article (Education Santé n° 142), nous avons rappelé que les mots "immigré", "étranger" aussi bien que celui de "personne défavorisée" peuvent recouvrir des réalités extrêmement diverses. In saisissable également est la portée réelle du "bagage culturel" dont cet autre est porteur. Car, à l'évidence, chaque être humain étant social, il se situe a fortiori à une certaine échelle culturelle; mais laquelle exacte-

ment? C'est toute la question de l'identité culturelle qui est posée. Cette question est aussi au cœur de toute intervention d'éducation pour la santé.

La question à se poser est: jusqu'où peut-on considérer que tel individu, en l'occurrence l'immigré, est d'une certaine culture, de par son identité culturelle ou de par son appartenance culturelle? Par appartenance culturelle, nous entendons la réalité phénoménologique d'être