

couvrir une expérience originale en Tunisie, de faire connaître dans ce pays une expérience originale de notre Communauté Wallonie-Bruxelles ou encore de développer un projet avec un partenaire tunisien.

Les demandes pour l'année 1997 devront parvenir au Commissariat Général aux Relations Internationales pour le 31 décembre au plus tard.

La sélection des projets sera organisée en accord avec le Ministère tunisien de la Santé.

Pour tout renseignement: Pierre Tonneau, Premier Conseiller au CGRI, tél. 02/536.67.31, ou Jeannine Meert, Service Santé et Affaires Sociales, tél. 02/535.67.01

CGRI, avenue Louise 65 bte 9, 1050 Bruxelles.

**Périnatalité - psychothérapie Bruxelles**

Tout le monde connaît le baby blues, cette petite déprime qui suit l'accouchement.

Le "mammy blues" c'est plus sérieux. La maman ne parvient pas à remonter la pente, elle continue à se sentir triste, fatiguée sans énergie. Elle est débordée par les tâches ménagères, par ce bébé continuellement insatisfait, par le papa qui ne comprend rien.

Un tel tableau peut empirer et déboucher sur une véritable dépression du post partum.

Pourquoi ne pas prendre les devants? Pourquoi ne pas partager ces difficultés avec d'autres mères vivant la même situation?

C'est ce que propose "Mamy blues", un groupe d'aide animé par des psychothérapeutes.

Lieu: Centre de psychothérapie analytique de Bruxelles, avenue Albert 93, 1190 Bruxelles.

Renseignements: Chantal Delvaux, tous les matins entre 9 et 10h au 02/646.63.65, ou Patrick Hannot, les lundis et jeudis entre 16h30 et 18h30, au 02/345.35.43.

**Emploi - demandes**

• Licenciée en communication et diplômée d'études complémentaires en sociologie, je recherche un emploi dans le domaine de la communica-

tion socio-éducative et de la médiation des savoirs. Je suis particulièrement intéressée par la problématique de l'éducation à la santé pour laquelle j'aimerais exercer des activités d'information, de prévention et de sensibilisation.

Si vous êtes intéressé, contactez Sophie Lefèvre, rue Charlemagne 6/202, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/45.24.26.

• Graduada en logopédie, chargée de cours en analyse systémique, je recherche un travail de formation ou supervision pour travailleurs sociaux. Expérience professionnelle en logopédie variée avec des patients autistes, psychotiques, aphasiques, en échec scolaire, affectés par des troubles articulaires.

Je suis intéressée aussi par des projets pour transformer le regard que l'on porte habituellement sur les personnes moins valides. Connaissance en traitement de texte et informatique. Anne Dusart, rue de Meux 69, 5031 Grand-Leez. Tél.: 081/64.02.69 ou 02/311.25.34.

**Rectificatif**

Dans le numéro du mois passé, nous vous présentions les activités de l'A.P.P.E.R. (Association des Parents pour la Protection des Enfants sur les Routes - Régions Wallonnes). L'adresse que nous vous avons renseigné a changé depuis peu. Vous pouvez contacter cette association au 40 rue Vercheval, 4040 Herstal, tél. 04/264.25.37.

**Changement d'adresse**

La C.L.C. du Brabant wallon vous accueille dans ses nouveaux bureaux: Bâtiment Folon, Chaussée des Nerviens 25, 1300 Wavre. Tél: 010/23.61.05 et 06. Télécopie: 010/23.60.84.

La C.L.C. met à votre disposition: un centre de documentation, un fichier de personnes-ressources, des informations actualisées. Elle est à votre écoute pour la poursuite de vos projets, elle est à vos côtés dans la réalisation de ceux-ci (soutien méthodologique, aide logistique). Elle essaie d'ouvrir vos initiatives à d'autres partenaires.

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Maryse Van Audenhaege.

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Natacha de Granges, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Vincent Magos, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

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 et d'un subside exceptionnel

de la Ministre-Présidente de la Communauté française de Belgique.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs.

Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

E-mail: jeanbenoit.dufour@ping.be



# Education

## SANTÉ



Question Santé - S. Palmaerts

### Stratégie

Votre fil d'Ariane dans le labyrinthe... administratif par Jean-Luc Noël p. 2

### Réflexions

L'autogestion en éducation pour la santé par Gilles Harvey p. 7

### Prévention sida

Comment 'dire' la prévention du sida aux jeunes avec un film d'animation? par William Henne et Delphine Renard p. 24

## La santé mentale des jeunes de Bruxelles

Résultats d'une enquête dans l'enseignement secondaire p. 4

Notre supplément du mois:

### Les 5 sens dans tous les sens

Une publication "Arts d'écoles" de la Coordination Education/Santé, ZEP/Mission Locale Jeunes de St Gilles

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



## ■ Votre fil d'Ariane dans le labyrinthe... administratif

Après vous avoir entretenu des budgets de la Direction Générale de la Santé en septembre dernier, notre parcours administratif se poursuit par une tentative d'explication des différentes étapes d'un dossier de demande de subvention. Nous sommes bien conscients que le futur décret sur la Promotion de la Santé risque de transformer la procédure actuelle, mais on peut supposer que les grandes lignes seront maintenues.

Classiquement une demande de subvention pourrait comporter les étapes suivantes :

1. Votre demande
2. La procédure d'avis
3. La décision ministérielle
4. La procédure juridique et financière
5. Votre action
6. La procédure de contrôle

### Votre demande

Votre dossier de demande de subvention doit être le plus précis possible. Le **Guide pour les demandes de subvention**, disponible à l'Administration, doit vous permettre de lister les principales exigences et d'y répondre de la manière la plus pertinente.

Votre dossier doit être envoyé en double exemplaire

au pouvoir politique: au Ministre, c'est à lui que s'adresse votre demande,

à l'administration: au Directeur général, dont l'Administration va instruire le dossier.

*Erreur fréquente: l'envoi de dossiers directement à la Cellule Permanente Education pour la Santé qui n'a pas le pouvoir de les traiter.*

### La procédure d'avis

Dès réception par l'Administration, votre dossier est enregistré et orienté vers le service administratif compétent. Celui-ci procède à un premier examen succinct visant à vérifier s'il correspond bien aux compétences de la Communauté française, s'il est complet... A ce premier stade, l'Administration peut, soit vous recontacter pour complément d'information, soit

poursuivre la procédure.

Votre dossier fait alors l'objet d'un avis plus circonstancié et est parallèlement transmis au Secrétariat de la Cellule Permanente Education pour la Santé (le Secrétaire de la Cellule est un fonctionnaire de la DG Santé).

L'avis de l'Administration est rendu par un ou plusieurs fonctionnaires de la Direction Générale de la Santé.

Ceux-ci peuvent également faire appel à des experts extérieurs. Cet avis fait l'objet d'un contrôle de la hiérarchie et est signé par le Directeur général. A ce moment, cet avis devient la position officielle de la Direction Générale de la Santé. Selon la réglementation de 1988, cette deuxième étape doit être remplie dans les 15 jours suivant la réception de la demande (article 25).

Votre dossier est annoncé à la Cellule Permanente Education pour la Santé et inscrit à l'ordre du jour d'une prochaine séance. Chaque membre de la Cellule reçoit en même temps une copie du dossier et de l'avis de l'Administration. La Cellule Permanente Education pour la Santé examine votre dossier et remet l'avis de la Cellule, ceci réglementairement dans le mois de la réception du dossier. La Cellule se réunit en principe les premier et troisième vendredis de chaque mois.

### La décision ministérielle

Dans les deux mois de la réception de la demande, les deux avis sont transmis par l'Administration au Ministre qui décide. Attention, celui-ci n'est pas tenu par un délai.

La décision du Ministre est notifiée à l'Administration par un courrier appelé chez nous "note verte" (qui désigne simplement la couleur du papier!). Cette étape est évidemment la plus difficile à évaluer en terme de durée: cela peut prendre de quelques jours à quelques mois.

### La procédure juridique et financière

Cette procédure fait intervenir plusieurs services administratifs différents: DG Santé, Direction d'Adminis-

tration du Budget et des Finances, Service juridique, Inspection des Finances, Cour des Comptes.

L'Administration rédige un projet d'arrêté qui transite par le Service juridique. Parallèlement une procédure financière est engagée qui comprend l'avis de l'Inspection des Finances, la réservation des crédits, divers contrôles sur l'affectation budgétaire des sommes...

Le projet d'arrêté est retransmis pour signature au Ministre, le projet signé devient un Arrêté de subvention et pour les sommes supérieures 250.000 francs, le Ministre du Budget doit également donner son accord.

L'Arrêté revient à l'Administration qui procède à l'engagement des montants, notifie la décision au bénéficiaire et procède au premier versement qui parvient au bénéficiaire dans les 6 semaines.

### Votre action

Les grandes lignes de votre action, correspondant au projet, sont définies dans l'Arrêté de subvention.

Diverses obligations, comme celles de présenter un rapport d'activité ou de vous soumettre éventuellement à un Comité d'accompagnement à diverses étapes du projet, sont également précisées.

Les versements s'effectuent par tranches, le plus souvent 80% à la signature et 20% après réception et vérification par l'Administration du rapport d'activité et des pièces comptables.

### La procédure de contrôle

Votre rapport d'activité est le document principal qui doit permettre de vérifier si l'action a été menée en conformité avec le contrat de départ.

A divers moments de l'action vous pouvez également être invité à un Comité d'accompagnement, composé de représentants du Cabinet ministériel, de fonctionnaires de différents services, d'experts extérieurs, de l'Inspection des Finances... C'est une rencontre qui permet l'échange des différentes informations nécessaires à

## Formation en éducation nutritionnelle Huy

13, 21 et 31 janvier 1997

'Atelier cuisine, atelier rencontre', une démarche d'insertion sociale. Une formation destinée aux personnels de CPAS, animateurs en institution et de quartier, etc.

Les intervenantes sont deux diététiciennes, Sophie Bourlet et Pascale Melotte.

Frais d'inscription (pour deux journées et dîner): 5.000 FB par personne, ou 35.000 FB pour un groupe de 8 à 12 participants.

Renseignements: Maison de la Santé, chée de Waremmes 139, 4500 Huy, Tél.: 085/21.25.76.

## Troisième âge Liège

Janvier à juin 1997

Le service Animation Seniors de l'Echevinat des Services sociaux et de la Famille de la Ville de Liège organise un cycle d'après-midis d'information, destinés aux plus de 50 ans et aux professionnels et à l'entourage concernés par ces derniers.

Au programme:

- mercredi 8 janvier 1997 - la maladie d'Alzheimer
- mercredi 5 février 1997 - la maladie de Parkinson
- mercredi 5 mars 1997 - dépistage du cancer du sein, indispensable pour toutes les femmes de 40 à 70 ans
- mercredi 16 avril 1997 - les soins à domicile à Liège
- mercredi 7 mai 1997 - les aides techniques à domicile et la télévigilance
- mercredi 21 mai 1997 - prévention des chutes à domicile et des accidents domestiques
- jeudi 26 juin 1997 - bien choisir une maison de repos.

Toutes ces séances sont gratuites et ont lieu au Club du Potay, rue du Potay 1, 4000 Liège (à 14h30).

Renseignements: Echevinat des Services sociaux et de la Famille de la Ville de Liège, Service animation seniors, Joëlle Henrion, Cité administrative 9<sup>e</sup> étage, Potièrue 5, 4000 Liège, tél. 04/221.84.38.

## Assuétudes Bruxelles

Janvier, février, mars 1997

Module de formation sur les assuétudes

destiné aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire.

Dates:

lundi 13 janvier 1997 de 9h15 à 12h  
vendredi 24 janvier 1997 de 9h15 à 12h

vendredi 7 février 1997 de 9h15 à 12h  
lundi 24 février 1997 de 9h15 à 12h  
vendredi 7 mars 1997 de 9h15 à 12h

Date limite d'inscription: le 13 décembre 1996.

Lieu: 8 rue de Tarnines, 1060 Bruxelles.  
Prix: 3.800 FB par personne.  
Renseignements: Infor Drogues, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/534.14.01.

## Assuétude

Le Centre européen contre les drogues publie "Drogues et images: répertoire européen 1996 des films et vidéos de prévention des dépendances".

Ce répertoire de 600 pages donne la description de 1000 films de prévention des dépendances existant dans les 15 pays de l'Union Européenne et mentionne les adresses où il est possible de se les procurer.

Il s'adresse à tous les professionnels qui voudraient utiliser la vidéo ou le cinéma à des fins préventives.

L'ouvrage est divisé en 9 chapitres: films pour enfants en dessous de 13 ans; films pour adolescents; films pour adultes, parents et enseignants; films pour tous publics; films pour usagers de drogues et leurs proches; films pour professionnels; campagnes nationales, privées ou associatives; films d'archives; longs métrages pour soirées à thèmes ou festivals.

Pour chaque film, un synopsis, des mots-clés sur le contenu, la désignation des publics préconisés et un symbole donnant une idée de sa tonalité permettent de guider le choix de l'utilisateur.

Ce répertoire existe en 4 langues: français, anglais, allemand et espagnol.

CECD, Anne Singer, rue Alphonse Karr 9, 75019 Paris, tél. 40.37.25.44, fax 40.37.25.43.

Contact pour la Communauté française de Belgique: Eric Vandersteenen, Médiathèque de la Communauté française de Belgique, place de l'Amitié 6, 1160 Bruxelles, tél. 02/737.19.30, fax 02/737.28.88.

## Diététique Brabant wallon

L'A.S.B.L. "Enfance et diététique", service de l'Intercommunale des Oeuvres Sociales du Brabant wallon, propose sa collaboration aux communes de la région.

Les diététiciennes de l'A.S.B.L. travaillent suivant une convention avec différentes institutions: écoles, homes, crèches, milieux hospitaliers, CPAS,...

"Enfance et diététique" offre diverses possibilités d'activités, telles que l'élaboration de menus équilibrés, une supervision ponctuelle ou régulière des cuisines de collectivités, des programmes de formation du personnel (personnel de cuisine, puéricultrices, gardiennes encadrées, aides familiales...), l'éducation à la santé dans les établissements scolaires, des animations pour les personnes en difficulté (minimexés, en situation socio-affective fragile,...), par le biais d'ateliers de cuisine.

Cette liste d'activités réalisées dans le Brabant wallon n'est pas exhaustive. Suivant les besoins précis de l'institution, les diététiciennes de l'A.S.B.L. proposent des actions spécifiques répondant au mieux à la demande.

Pour tout renseignement: Christine Lenoir, diététicienne, Domaine de Chastre, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont, tél. 081/61.42.48, ou Angela Popolo Cagnisi, diététicienne, Centre de santé, rue Reine Astrid 61, 1480 Tubize, tél. 02/355.68.99.

## Promotion de la santé Tunisie

Depuis de nombreuses années, la Communauté Wallonie-Bruxelles entretient des relations suivies avec la Tunisie dans le domaine de la santé. Celles-ci permettent notamment la réalisation d'un programme de coopération interuniversitaire.

Afin d'élargir le champ de la coopération à l'ensemble des professionnels de la santé, il est souhaitable d'encourager l'échange de stagiaires dans le domaine de la promotion de la santé.

Ce programme donnera la possibilité, notamment au personnel des établissements d'enseignement supérieur paramédical, des centres de santé et des associations spécialisées reconnues par la Communauté française, de dé-

tion franche", elle consiste à décrire les pratiques sexuelles à risque comme elles sont exposées dans un dépliant de l'Agence de Prévention du Sida. L'idée consistait à faire interpréter la chose par deux polichinelles académiques. Cette séquence a été la plus délicate à animer sur un plan strictement technique: les figures en bois tenaient mal en équilibre et glissaient sur l'affiche qui servait de fond à leurs ébats. À ces difficultés s'ajoutait celle du rythme des gestes en

demain ne pourra pas s'effectuer vu qu'il reste des séquences à préparer et à tourner. Le stage est rallongé et on prend plusieurs rendez-vous le mois suivant.

Une fois les derniers plans tournés commence la post-production prise en charge par un monteur, sur les indications laissées par les participants, et supervisée par les animatrices. Le générique est filmé, le montage est bouclé et le film 16mm est transféré sur cassette vidéo dans un studio spécialisé.

réécrites, en s'inspirant parfois de ce qui avait été relevé dans les émissions analysées. Le plus difficile, dans ces cas-là, c'est de conserver un ton vraisemblable: en interprétant les personnages, on essaie de coller au lipping de l'image et au timing de la séquence, on feint d'hésiter, on fait semblant de chercher ses mots et le technicien son ajoutera une ambiance derrière les voix au montage.

Les textes sont encore modifiés à la dernière minute, soit pour une question de contenu (on ne perd pas de vue le thème de la prévention), soit pour une question de lipping (ajustement des syllabes avec l'animation de la bouche du personnage), soit surtout pour que l'interprète ait bien le texte en bouche, que les mots coulent de source pendant qu'il joue.

Pendant les jours qui suivent, un monteur son agence les dialogues, les bruitages, les ambiances et la musique suivant un story-board son établi préalablement. Les dialogues sont retravaillés virtuellement ou redécoupés pour s'ajuster à l'image. Des bruitages et des ambiances, provenant d'une sonothèque, sont ajoutés.

Le biais abordé par le film a consisté à présenter différents discours préventifs de manière à ce qu'ils s'éprouvent mutuellement (la prévention branchée, la prévention alarmiste, la prévention traditionaliste, la prévention franche, la prévention scientifique, la prévention carcérale, la prévention familiale, la prévention sacerdotale, la prévention médiatique).

Le film invite le spectateur à se positionner par rapport à ces discours de prévention et, en cela, il fait oeuvre de prévention, une fois que le spectateur aura fait le tri. Il propose un débat qui amènerait le public à trancher sur l'attitude à prendre. C'est le préservatif qui est privilégié alors que d'autres discours sont disqualifiés, mais de manière nuancée.

**William Henne et Delphine Renard,**  
Atelier Zorobabel

"Comment dire..." 16mm, couleur, 9'25", Atelier Zorobabel, rue Delhasse 23, 1060 Bruxelles  
Tél.: 02/538.24.34. ■

la bonne compréhension de l'action. Le Comité d'accompagnement émet un avis: le rapport du Comité d'accompagnement qui est transmis au Ministre compétent. La réunion d'un Comité d'accompagnement est une procédure lourde qui n'est pas nécessairement mise en place, le plus souvent c'est votre rapport d'activité qui sera examiné par l'Administration.

Une fois l'aval donné au contenu du rapport d'activité commence la procédure de contrôle des pièces comptables justifiant l'utilisation financière correcte du subsidé. Les destinations des sommes octroyées répondent en effet aussi à des règles strictes (pour

l'amortissement du matériel par exemple).

Ces deux étapes franchies, l'Administration procède à la dernière étape financière: la liquidation du solde de votre subvention. Il est à noter que toutes ces opérations doivent impérativement être clôturées pour le 31 décembre.

Enfin, sachez qu'une dernière instance de contrôle, la Cour des Comptes, peut également intervenir pour vérifier l'utilisation correcte de la subvention, une copie des pièces étant également transmise à cet organisme extérieur.

Voici résumées les principales étapes

administratives d'une demande de subvention.

Je pense qu'elles vous éclairent sur le temps exigé pour le traitement d'un dossier. Toutes ces procédures (et celles que je n'ai pas décrites, comme l'"indicatage" à diverses phases, les visas de la hiérarchie...) peuvent sembler inutilement lourdes.

Dans la pratique on découvre qu'elles ont un sens, parfois bien caché mais souvent réel, et qu'elles participent à une plus grande garantie d'équité et de transparence. Une petite consolation pour ceux qui attendent...

Jean-Luc Noël, DG Santé ■



Pour réaliser un film d'animation, papier, colle et ciseaux viennent encore à point.

fonction de chaque pratique: les calculs traditionnels liés aux mouvements en animation et qui ont trait à l'accélération ou à l'amortissement des mouvements. Ce sont ces nuances infimes des gestes qui suggéreront les organes fictifs de ces polichinelles asexués et dépourvus de langue. Toutes ces questions très terre à terre désamorçaient l'éventuelle gêne que les adolescents auraient pu ressentir par rapport à des notions telles que la "sodomie", la "fellation" ou l'"anulingus".

Le huitième jour, la première bobine revient du laboratoire de développement, elle est visionnée sur la table de montage et ces premiers rushes redonnent de l'enthousiasme aux cinéastes-animateurs.

Au terme du neuvième jour, on se rend compte que le projet a largement dépassé l'ambition initiale et que la prise de son prévue pour le len-

### Après l'image, le son

C'est à partir d'une copie vidéo que les participants s'efforceront de post-sonoriser les images de manière synchrone lors de la prise de son qui a lieu à la mi-août. Les bruitages et les répliques se font en regardant défiler les images devant un écran.

Par exemple, pour figurer le battement d'ailes d'un ange qui intervient dans le film, on a feuilleté un bouquin plusieurs fois devant le micro jusqu'à ce que le timing soit satisfaisant. Pour sonoriser un coeur qui bat, on a frappé un baton de colle sur un tapis au rythme voulu. Pour ce qui est des dialogues, un grand nombre d'entre eux ont été récupérés à partir de documents audiovisuels mais cet exercice devient difficile lorsqu'on veut faire passer un discours très précis, nuancé et ramassé en un temps imparti. C'est pourquoi certaines répliques ont été

## ■ Santé bruxelloise

Notre pays se caractérise par un éparpillement remarquable des compétences en matière de santé. Cela participe d'une évolution générale dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle ne se caractérise pas par une grande stabilité institutionnelle. Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera plus nécessairement demain.

À côté des compétences fédérales qui restent de très loin les plus importantes en matière budgétaire, à côté des secteurs dépendant de la Communauté française de Belgique, les régions ont aussi certaines compétences.

Ce n'est pas simple, et cela se complique encore à Bruxelles, où certaines matières sont gérées en commun par francophones et Flamands pour un aspect, par le fédéral pour un autre, par la Communauté française pour un troisième, ou encore par les francophones de Bruxelles, etc. Bonjour les dégâts pour les intervenants de terrain!

On saluera donc la publication d'une plaquette expliquant clairement les domaines de la santé dans lesquels la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale exerce ses compétences. Même si l'éducation pour la santé n'en fait

pas partie, la définition que la brochure donne de la promotion de la santé permet de mieux situer les enjeux régionaux:

"Au sens où elle permet à un sujet de progresser, l'éducation pour la santé est un des moyens d'action de la promotion de la santé. Un autre exemple de moyen est le développement communautaire.

La promotion de la santé s'attache notamment au développement et au maintien de saines habitudes de vie, à la création d'environnements sains, à la qualité de la vie et à l'amélioration des conditions favorables à la santé (situation économique, conditions de vie...).

Cela permet de mieux comprendre

### La politique de santé de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale



l'intérêt porté par Bruxelles depuis plusieurs années à la santé des Bruxellois prise dans son sens le plus large.

"La politique de santé de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale", brochure disponible à l'Administration de la Commission Communautaire Française, Service Santé, Bd de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/542.82.11. Fax: 02/542.83.90. ■

## La santé mentale des jeunes bruxellois

### Résultats d'une enquête auprès des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale

Une collaboration de la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale pour Bruxelles-Capitale et de l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles avec le soutien des Ministres de la Santé de la Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale, H. Hasquin et J. Chabert.

La santé mentale et le vécu des jeunes de moins de 18 ans restent un sujet peu étudié, à Bruxelles comme ailleurs. La plupart du temps, les avis reposent sur des préjugés du genre "Les jeunes ont tel ou tel problème..." ou sur une extrapolation des études réalisées auprès des populations jeunes consultant les services de psychiatrie ou les services de santé mentale. Dans ce dernier cas, les informations ne concernent qu'une minorité qui ne représente pas l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans.

C'est pourquoi, dès sa constitution, la Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale a mis en exergue le besoin de recueillir des informations sur la santé mentale des jeunes afin de pouvoir disposer d'une représentation plus fidèle des jeunes "normaux" scolarisés à Bruxelles. Afin d'atteindre cet objectif, la Plate-forme a collaboré avec les responsables bruxellois de l'enquête "les comportements de santé des jeunes"<sup>(1)</sup>. De cette coopération est née une étude portant sur des jeunes bruxellois scolarisés âgés de 12 à 18 ans sur le thème de la santé mentale.

Dans le cadre de cette enquête, une série de questions ont été posées aux jeunes scolarisés, donnant une image non seulement de leur comportement dans le domaine de la santé, mais aussi de leurs conditions de vie, de leurs loisirs, de leurs contacts familiaux et amicaux, de leur situation à l'école et de l'adoption de comportements liés à la santé.

Le but de cette étude est d'estimer les problèmes et besoins des jeunes scolarisés dans le domaine de la santé mentale, de mieux saisir leur réalité sociale et individuelle et, enfin, de préciser l'usage de drogues illicites dans cette population.

La santé mentale est appréhendée dans son sens global. C'est pourquoi les cliniciens de la santé mentale, les éducateurs, mais également les pouvoirs publics, disposeront de données concernant non seulement les comportements de santé, la santé mentale, la consommation de drogues illicites mais aussi la perception de l'école, les loisirs et les relations familiales ou amicales des jeunes bruxellois âgés de 12 à 18 ans.

Ces résultats permettront donc de dresser un premier inventaire des problèmes rencontrés à Bruxelles par les jeunes scolarisés de moins de 18 ans. Ensuite, il sera possible de se pencher sur les solutions à trouver pour améliorer cette situation et de fournir aux pouvoirs publics des informations indispensables à la mise en oeuvre d'une politique efficace.

### Méthodologie

Les données de cette enquête ont été collectées au moyen d'un questionnaire anonyme auto-administré. Ce questionnaire se compose en partie de questions issues du protocole de l'étude "Health Behaviour of School-aged Children", ainsi que d'une batterie de questions sur les soins de santé mentale et d'une échelle de mesure de la symptomatologie dépressive (échelle CES-D)<sup>(2)</sup>.

L'enquête a été menée dans l'enseignement secondaire, au printemps 1994. La population cible de l'étude est constituée des jeunes entre 12 et 18 ans de l'enseignement secondaire. L'étude réunit des élèves des différents réseaux et orientations de l'enseignement secondaire subventionné, tant néerlandophone que francophone. L'enseignement spécial et l'enseignement en alternance n'étaient pas visés par l'étude.

L'échantillon a été construit en deux étapes. Tout d'abord, nous avons sélectionné des établissements scolaires de l'enseignement secondaire de Bruxelles. Cet échantillon a été tiré au hasard, tout en veillant à ce que soit assurée une représentation des trois réseaux (l'enseignement libre, l'enseignement communautaire, l'enseignement des communes/des provinces), des trois types d'enseignement (général, technique et professionnel) et des deux régimes linguistiques. Ensuite, dans les écoles sélectionnées, une classe de chaque niveau d'étude (de la première à la sixième année) a été tirée au hasard.

En tout, 2.209 élèves ont répondu à l'enquête. 352 élèves ont été recrutés dans 3 écoles néerlandophones. Les 1857 autres élèves provenaient de 17 écoles francophones.

La population cible de l'enquête correspond aux jeunes scolarisés à Bruxelles. L'échantillon n'est donc pas représentatif de tous les jeunes à Bruxelles en général.

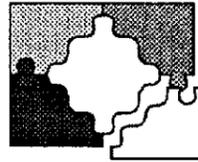
### Les jeunes scolarisés et l'école

#### Aimer l'école

6 jeunes sur 10 disent bien aimer l'école et donc, 4 jeunes sur 10 disent ne pas aimer l'école.

(1) Depuis quelques années la Belgique participe à l'enquête internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé connue sous le nom "Health Behaviour of School-aged Children". Cette enquête se déroule dans la Communauté française depuis 1986. En Communauté flamande, elle a débuté en 1990. Les responsables du projet sont D. Piette (Université Libre de Bruxelles) pour la partie francophone du pays, L. Maes (Université de Gand) et R. Peeters (Université d'Anvers) pour la partie flamande.

(2) CES-D: Center for Epidemiologic studies-depression scale. Cf. Radloff L.S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. In: Applied psychological measurement Vol.1, summer 1977; 385-401.



la maladie a été reçue depuis son apparition; Juan enchaîne sur la peur liée au millénarisme qui propose son interprétation de la maladie. Adel propose d'inventer une scène anachronique du type "Si le préservatif avait existé à telle époque..."; Juan propose l'idée d'une anticipation; Alice imagine l'histoire d'un revenant qui explique les précautions qu'il aurait dû prendre (sur un mode plutôt comique).

Virginie propose une structure formelle pour concrétiser les propos qui se sont tenus: une histoire en leitmotiv qui varierait suivant les situations. Pour chacune des répétitions, on changerait de technique.

Juan suggère que les variations soient conditionnées par un point de vue différent à chaque fois. Ou bien que le leitmotiv en question soit le point de départ de l'action, par exemple un personnage sur une chaise, etc.

À ce moment, le débat part sur le thème de l'exclusion sociale mais on voit mal comment amener le thème de la prévention dans ce cadre.

Marie-Louise, une des animatrices, attire l'attention sur des articles de réflexion qu'elle a récoltés à la Bibliothèque, sur la façon dont le sida est traité dans les médias.

On s'aperçoit vite qu'il y a plusieurs façons de faire de la prévention et que les discours préventifs sont nombreux. Certains sont mis en cause: il y a des discours démagogiques, d'autres fatalistes, d'autres déconnectés de la réalité. Les idées sont notées et les animatrices s'efforcent de les structurer et de trouver un fil conducteur sur le plan du contenu et au niveau formel. On fait un inventaire des discours que l'on a évoqué.

D'autres idées sont lancées par Céline, Rosa, Amélie ou Gabrielle: "l'île déserte", "la Barbie cadennassée", etc., Juan lance l'idée du "stand de foire" et Virginie imagine la séquence de "l'enfant et de la vache".

### Préparatifs

Les jours suivants, des objets et des images sont collectés dans des magazines pour alimenter les idées de base, de manière à ce qu'il y ait une interac-

tivité entre les idées a priori et les images trouvées, qui suscitent de nouvelles idées. Un nouveau débat et un tour de table permettent de reconsidérer les idées; les images et les objets sont rassemblés, en tas, par discours. Les idées sont affichées au mur sous forme de lay-out. Les responsables du stage mettent au point une structure et un ordre logique entre les discours de façon à ce qu'ils forment un contrepoint chacun l'un par rapport à celui qui le précède. Les préventions ayant trait au préservatif sont placées au début et à la fin.

Un troisième débat et plusieurs tours de tables sont organisés: la nécessité se fait sentir d'apporter des nuances systématiquement à la fin de la présentation de chaque discours. On trouve des arguments que l'on note au fur et à mesure. Par ailleurs, un ordre est établi entre les discours pour se positionner soi-même sur la validité et l'efficacité des discours. Pendant le reste de la journée, les séquences commencent à se concrétiser.

Chaque fois qu'une séquence est prête, elle est étendue sur un panneau dans la première pièce avec un croquis descriptif de l'action. Le cinquième jour le sol de la pièce est presque entièrement recouvert.

Certains participants travaillent chez eux, seul ou en équipe. Après le week-end, certains ramènent des collages et des découpages. D'autres jeunes se joignent au projet: Adam, Olivier et Alexandre qui s'occupera de la musique originale.

Le tournage devait commencer la première semaine, mais la masse de travail préparatoire est trop conséquente et il est difficile de sacrifier une séquence ou une scène, de peur de ne plus pouvoir conserver la cohérence du propos.

### Silence, on tourne!

Le premier coup de manivelle est donné le lundi suivant avec les premières séquences prêtes tandis que d'autres séquences sont en cours de fabrication ou de finition. Jusqu'au bout du tournage, de nouvelles scènes seront préparées en parallèle.

Une équipe se constitue pour effectuer le repérage-son: de la même ma-

nière que les objets et les images sont le plus souvent récupérés (jouets, magazines, tableaux ou gravures anciennes), les répliques qui alimenteront la bande-son seront prélevées sur divers documents audiovisuels, prêtés par la ZEP/Santé de Saint-Gilles et l'Association des Téléspectateurs Actifs.

Dans l'esprit de tous, c'est une représentation éclatée du film qui se fait. Les responsables affichent sur tout un mur un lay-out global du film. Un tour de table est organisé pour vérifier si cette projection virtuelle du film correspond aux premiers jets envisagés pendant les débats successifs des premiers jours: l'esprit original a été conservé mais les mises en scène se sont affinées et la scénographie, améliorée.

Il est décidé que le véritable fil conducteur sera mené par une série d'intervenants-témoins imaginaires, à la manière d'un micro-trottoir ou d'une enquête journalistique.

Du coup, on commence à fabriquer tous ces intervenants en leur donnant à chacun une personnalité, souvent à partir des voix trouvées pendant la sélection-son ou suivant le contenu de leur intervention (par exemple, un éducateur, un retraité, une sociologue, etc.).

Du matin au soir, les jeunes cinéastes se succèdent auprès de l'opérateur-caméra et autour du banc-titre pour faire avancer le tournage. Un tournage particulièrement soigné puisque l'animation se fait à douze images par seconde alors que les vingt films d'atelier réalisés précédemment à l'atelier Zorobabel ont été filmés à huit images par seconde. Le mouvement des figures est très fluide et ce résultat est impressionnant, quand on sait que la plupart d'entre eux n'ont jamais fait d'animation auparavant. Plusieurs techniques sont utilisées, les collages, les objets animés, les photocopies retravaillées,...

Un des aspects importants qui caractérisaient l'ambiance de l'équipe, c'est la décontraction qui régnait dans l'atelier compte tenu du sujet traité et de l'âge des participants et des animatrices (entre 15 et 25 ans). Par exemple, une des séquences du film aborde ce qu'on a appelé la "préven-

## ■ "Comment dire..."

### Un film d'animation sur la prévention du sida, réalisé par 16 jeunes à l'atelier Zorobabel

Au début de cette année, l'Agence de Prévention du Sida a lancé un appel aux projets pour que des jeunes créent des outils de prévention. Dans cette perspective, l'atelier Zorobabel, avec l'aide de l'association Le Douze-rome et d'une animatrice issue du Centre de Formation des Animateurs, a organisé un stage de cinéma d'animation sur le sujet. 16 jeunes ont participé à ce projet pendant les mois de juillet et d'août 1996. Le stage devait s'étendre sur quinze jours mais l'ambition du film l'a fait déborder sur le reste des vacances.

### D'abord chacun peut s'exprimer

Pour commencer ce stage, un débat était nécessaire pour obtenir une réflexion préalable sur la prévention et pour lancer les premières idées.

Dans un premier temps, deux cassettes de démonstration sont présentées; d'abord l'aspect technique, pour que les idées qui naîtraient au cours du débat soient conçues dans la mesure des possibilités techniques: la technique d'animation proposée et privilégiée est le papier découpé animé et l'animation d'objets 2D. C'est une technique très abordable pour des débutants et très efficace dans le cadre d'un stage de deux semaines. Les exemples montrés sont très stimulants et ne semblent pas inaccessibles pour des amateurs.

Ensuite, la cassette " contenu " est montrée, elle enclenchera directement le débat (raison de plus pour la montrer dans un deuxième temps). Chaque exemple est commenté.

Quand le thème de la prévention est lancé, les idées commencent à fuser, un tour de table permet à chacun de s'exprimer même si ce sont le plus souvent les mêmes qui prennent la



parole. Première question et premier tour de table: qu'est-ce que la prévention?

Une première définition est donnée par Céline et c'est le rôle de l'information (ou de la désinformation) qui est évoqué: elle existe mais quelle est la part de réceptivité du public. Faisons-nous l'effort de nous informer?

Gabrielle pense qu'il y a une peur ou une gêne qui crée un blocage.

Amélie raconte une journée d'information qui a eu lieu dans son école mais qui, à son avis, a laissé des ambiguïtés dans l'esprit de certains.

Compte tenu des moyens mis en oeuvre pour informer, on constate que pas mal d'idées fausses subsistent.

Rosa parle de la lassitude qui existe chez certaines personnes par rapport aux campagnes d'information. Le rôle de l'humour est mis en balance: il semble indispensable à certains pour communiquer un tel message aux adolescents, mais il peut occulter le message.

" Il faut déculpabiliser " dit Adel, et l'image de la mort ne doit pas peser sur le jeune.

Virginie remarque que les jeunes sont mieux informés que les adultes.

Le débat part très rapidement dans plusieurs directions tant le sujet

touche au plus profond notre société et implique des sujets connexes tels que le sexe et la mort. Régulièrement les meneurs du débat ramènent l'attention sur le thème initial: la prévention.

La tentation est grande de réaliser un film qui englobe un ensemble de thèmes qui n'ont pas directement trait à la prévention, comme par exemple la discrimination des séropositifs, le traitement des malades ou le sang contaminé. Il va falloir faire des choix.

Juan évoque le fait qu'il n'y a pas que le préservatif qui est envisagé pour prévenir la maladie notamment dans le cas de mesures autoritaires: la fermeture des frontières aux malades dans certains pays ou l'internement des malades.

Ensuite, ce sont les discours liés à la fidélité ou à l'abstinence qui sont mis sur le tapis.

Plusieurs scénarios possibles sont envisagés: Virginie reprend le thème de la transmission en racontant l'histoire d'une femme en Irlande qui a inoculé volontairement le virus à ses partenaires pour se venger de celui qui le lui a transmis.

Adel propose alors que l'on crée une fiction sur un canevas semblable; Marie-Louise imagine l'idée de réaliser une sorte d'historique de la façon dont

L'opinion des jeunes devient moins positive au cours de l'adolescence. 51% des garçons de 17-18 ans disent ne pas aimer l'école pour 44% des filles du même âge.

### Le retard scolaire

Dans l'ensemble de l'échantillon, 43% des garçons et 48% des filles disent ne jamais avoir doublé.

Ces pourcentages varient selon l'âge: à 17-18 ans, 34% des jeunes n'ont pas doublé (28% pour les garçons et 39% pour les filles).

29% des jeunes entre 17 et 18 ans ont doublé deux fois ou plus.

### Absences scolaires non motivées

18% des jeunes de l'échantillon disent avoir au moins une fois par mois une absence non motivée.

Ce pourcentage augmente avec l'âge. Entre 17 et 18 ans, 26% des garçons et 20% des filles déclarent au moins une fois par mois une absence non motivée.

Les absences non motivées sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles.

### La santé mentale et le bien-être des jeunes scolarisés

#### Se sentir heureux

Sur l'ensemble de l'échantillon, 74% des jeunes scolarisés se disent heureux et donc, 26% ne se sentent pas heureux.

Les filles sont plus nombreuses que les garçons à déclarer un mal-être: 32% des filles de 17-18 ans disent ne pas se sentir heureuses.

#### Le vécu et les sentiments dépressifs

L'échelle CES-D utilisée dans cette étude est un instrument d'auto-évaluation de la symptomatologie dépressive. Cette échelle n'évalue pas le diagnostic de dépression mais apprè-

cie le degré de sentiments dépressifs perçus par le sujet.

Il est admis que le fait de développer un score au CES-D supérieur à 21 est un indicateur de développement de sentiments que l'on peut qualifier de dépressifs (3).

Dans l'ensemble de l'échantillon, 23% des jeunes de l'étude expriment des sentiments dépressifs.

Les filles signalent plus de sentiments dépressifs que les garçons: 28% des filles montrent un score de sentiments dépressifs par rapport à 17% des garçons.

La proportion de garçons exprimant des sentiments dépressifs reste stable quel que soit l'âge. Par contre, chez les filles, cette proportion passe de 21% pour la tranche d'âge des moins de 14 ans à 34% pour la tranche d'âge des 17-18 ans.

Dans le groupe des filles, et non dans celui des garçons, l'importance des sentiments dépressifs varie en fonction de la nationalité. Dans l'ensemble, la proportion des filles avec un score de symptomatologie dépressive est plus importante chez les non-Belges et les non-C.E.E. que chez les filles belges: 36% de jeunes filles maghrébines et turques, 35% des autres jeunes filles non-belges et non-C.E.E. et 24% de filles belges présentent des sentiments dépressifs.

Ces tendances sont observées quel que soit l'âge: par exemple, dans le groupe des 15-16 ans, 46% des filles d'origine maghrébine et turque, 33% des filles non-belges et non-C.E.E., 22% des filles belges et 25% des filles originaires d'autres pays de la C.E.E. ont un score dépressif supérieur à 21.

- 23% des jeunes de l'échantillon expriment des sentiments dépressifs.

- Les filles signalent plus de sentiments dépressifs que les garçons.

- L'importance de ce vécu dépressif augmente avec l'âge chez les filles.

- Les sentiments dépressifs varient selon la nationalité chez les filles.

### Le comportement et l'idéation suicidaire

9% des jeunes de l'échantillon ont déjà envisagé le suicide à plusieurs reprises et 25% une seule fois. Les filles sont davantage préoccupées par le suicide que les garçons, et cette proportion de filles augmente avec l'âge (ce qui n'est pas le cas pour les garçons). 8% des jeunes déclarent avoir tenté au moins une fois de se suicider: 2% (soit 45 élèves) plusieurs fois et 6% (131 élèves) une fois.

Les filles sont plus nombreuses que les garçons à avouer une tentative de suicide (respectivement 9.4 et 6.6%).

- 34% des jeunes de l'échantillon ont déjà envisagé le suicide.
- 8% des jeunes déclarent avoir tenté au moins une fois de se suicider.

### Drogues illicites

" Je n'ai jamais pris de drogues à part quelques fois des tranquillisants, colles et barbituriques, juste pour me sentir mieux dans ma peau et ne plus être continuellement stressé".

Un garçon de 15 ans

Parmi l'ensemble des analyses relatives à la consommation de drogues illicites des jeunes scolarisés à Bruxelles, nous avons choisi de vous présenter les résultats concernant la fréquence d'essai et d'usage de drogues illicites (et des médicaments) selon trois caractéristiques: le sexe, l'âge et la nationalité.

Nous avons défini l'essai comme le fait d'avoir consommé une drogue illicite au moins une fois dans sa vie, et l'usage comme l'utilisation d'une drogue illicite au moins une fois durant le mois précédant l'enquête.

23% des jeunes disent avoir essayé au moins une fois une drogue illicite et 12% en ont fait usage durant le mois

(3) Bailly D. et al.: La dépression chez l'adolescent. A propos d'une enquête réalisée auprès d'une population d'adolescents scolarisés. *Psychiatr. & Psychobiol.*, 1990;5:363-367.

précédant l'enquête, et ceci quel que soit le type de drogue utilisé. Tant l'essai que l'usage de produits illicites sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles.

Les produits les plus utilisés par les jeunes sont les dérivés du cannabis (19%) et l'ecstasy (6%). Le pourcentage de jeunes scolarisés utilisant des amphétamines et des drogues dites "dures" reste limité. Le pourcentage d'essai et d'usage des différents produits est supérieur chez les garçons par rapport aux filles, quel que soit l'âge.

Tous produits confondus, les jeunes Belges et les jeunes originaires de l'Union Européenne sont plus nombreux à avoir essayé et utilisé des drogues illicites. Ceci est aussi valable pour les dérivés du cannabis et les "drogues de synthèse" (amphétamines et dérivés) (4).

Même s'il faut demeurer prudent dans l'interprétation du phénomène de consommation de drogues par les jeunes à partir de données obtenues au moyen d'un questionnaire auto-administré, nos résultats montrent que :

- la consommation de drogues illicites n'est plus exceptionnelle puisqu'un jeune sur quatre dit avoir essayé au moins une fois un produit illicite et qu'un jeune sur huit déclare avoir utilisé un de ces produits durant le mois précédant l'enquête;
- les drogues les plus souvent utilisées le sont à titre "récréatif": les dérivés du cannabis sont les produits les plus utilisés par les jeunes et l'ecstasy occupe la seconde place.

Nos résultats mettent aussi en évidence que l'expérience et l'usage des drogues illicites ne sont pas limités à un secteur marginalisé des adolescents bruxellois et que:

- expérience et usage sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles;
- expérience et usage sont plus fréquents chez les jeunes Belges et les jeunes originaires de l'Union Européenne par rapport aux jeunes d'autres nationalités, particulièrement en ce qui concerne les drogues à usage récréatif;
- expérience et usage augmentent au cours de l'adolescence.

Il semble que la proportion d'utilisateurs

de drogues illicites n'a pas augmenté de manière alarmante au cours des 15 dernières années par comparaison avec d'autres études concernant les jeunes en âge de scolarité. Notons également qu'il serait dangereux de voir derrière tout adolescent qui "essaie" une drogue illicite, un futur toxicomane aux drogues dites "dures". Néanmoins, nous estimons qu'il est nécessaire de répondre à cette situation avec des mesures éducatives, environnementales et législatives dans une approche globale de la santé des jeunes. L'intervention en milieu scolaire peut aider à développer le plus tôt possible des attitudes et des comportements préventifs face aux drogues et aux modèles de consommation de notre société.

- Un jeune sur quatre a essayé au moins une fois un produit illicite
- Un jeune sur huit déclare avoir utilisé un de ces produits durant le mois précédant l'enquête
- Les dérivés du cannabis et l'ecstasy sont les produits les plus utilisés

### Recours aux soins

#### Consultation non-médicale pour un problème "psy"

C'est d'abord à leurs proches que les jeunes disent s'adresser en cas de problème psychologique: 94% des garçons et des filles disent qu'ils feraient d'abord appel aux parents ou aux amis en cas d'un problème "psy".

#### Consultation d'un médecin généraliste pour un problème "psy"

Environ 5% des garçons et 8% des filles disent avoir fait appel à leur médecin généraliste pour un problème psychologique. 2,4% des garçons et 1,4% des filles ont déjà été hospitalisés pour des raisons "psy".

#### Consultation "psy"

Dans l'ensemble de l'échantillon, 19% des jeunes, garçons ou filles, ont déjà consulté un psychiatre ou un psychologue.

Parmi ces 397 jeunes (19%), le lieu de

consultation le plus fréquemment cité est l'école, suivi de la consultation privée.

Les filles de nationalité maghrébine ou turque sont celles qui consultent le moins un psychiatre ou un psychologue, quel que soit l'âge. Alors qu'elles ressentent d'importants vécus dépressifs, les filles d'origine maghrébine ou turque ne consultent auprès d'un psychologue ou d'un psychiatre que dans 9% des cas contre 32% pour les filles belges et 40% pour les filles C.E.E., et ceci alors qu'elles présentent les mêmes sentiments dépressifs.

Les jeunes scolarisés consultent peu les spécialistes pour des problèmes de santé mentale. Les filles d'origine maghrébine ou turque sont les plus nombreuses à être confrontées à des sentiments dépressifs et font, par contre, moins appel à une aide psychologique ou psychiatrique.

### Conclusions générales

Des questions fondamentales peuvent être posées à la suite de cette étude. Nous constatons en effet:

1. Un malaise des jeunes à l'égard de l'école, un absentéisme non justifié et un retard scolaire important.
2. Un nombre important de jeunes ne se sentent pas heureux ou même ont de réels sentiments dépressifs et pensent au suicide ou passent à l'acte. Cet âge est traditionnellement considéré comme celui de la confrontation avec le monde des adultes et la crise dite d'adolescence est souvent salutaire, mais...

*Les jeunes se confrontent-ils encore avec des "valeurs" et lesquelles?*

*Les enseignants sont-ils capables d'assumer pareil désespoir?*

3. La consommation de drogues illicites n'est plus exceptionnelle. Les drogues les plus souvent utilisées le sont à titre "récréatif" (dérivés du cannabis, ecstasy).

(4) Ces résultats concernent seulement l'essai puisque le nombre de réponses pour l'usage n'est pas suffisamment important pour assurer la validité statistique des analyses.

houettes désarçonnées piétinent.

Qui ne reconnaîtra pas un peu de soi dans cette première scène de "La Dame en bleu"? Qui n'a jamais klaxonné de tous ses doigts (ou eu envie de le faire) derrière un automobiliste démarrant trop lentement au feu vert? Qui n'a jamais été contraint au surplace agacé dans le dos d'un passant peu pressé? Qui n'a jamais failli demander à tel client de se hâter à la caisse d'un magasin? Mais qui aussi ne s'est jamais voulu "dame en bleu", allant à son rythme dans le tumulte?

Ces deux vitesses entre lesquelles il nous arrive de nous sentir partagés, Noëlle Châtelet rend leur coexistence intenable, non seulement -peut-être- dans la figure fugace de la "dame en bleu", mais surtout dans le corps et la tête de Solange, personnage principal du livre.

Il aura suffi que cette jeune quinquagénénaire survoltée croise la route et le regard de la toute bleue pour que son pas s'accorde, imperceptiblement d'abord puis de manière de plus en plus sûre, au sien.

Voilà que se révèlent la vanité de son ambition professionnelle, aussi bien que celle de l'effort déployé à traquer toute trace du temps se marquant sur son corps.

Voilà Solange en vacance(s) et terriblement présente, soudain, à la vie qui l'entoure. Ainsi, cette observation, faite depuis un square: "Toujours sans rien dire, les deux jeunes filles se lèvent et s'ébrouent énergiquement, presque violemment, comme pour secouer leur âme d'un fardeau injuste, déloyal, puis se ruent vers la sortie et sautent la barrière métallique en poussant des cris de sauvages. Solange se souvient de récits de guerre qui ressemblent à cela, quand les soldats hurlants, sortant de leurs tranchées, avec une bravoure qui frôle l'inconscience, se mettent à courir droit sur l'ennemi. Une irrésistible compassion s'empare d'elle, pour les jeunes filles d'abord, pour les humains ensuite, du moins ceux que quelque chose condamne toujours à se battre. Car Solange, précisément, ne se bat plus, pour rien ni pour personne, encore moins pour elle-même. Solange s'est libérée de ses armes, de toutes ses armes, affranchie au moment même

où elle a cessé de marcher au pas, où elle a changé de cadence, pesant chaque pression du pied sur le bitume dans un balancement doux... Ce balancement règle sa vie. Il est l'unique mesure à laquelle elle consent parce qu'elle est sans exigence, sans violence, naturelle en somme."

"La Dame en bleu": imprégné par son auteur d'une grande tendresse et à lire, indifféremment, comme un conte philosophique, le récit d'un burn-out, d'un suicide social ou au contraire d'une radicale ouverture aux autres.

V.J.

Noëlle CHATELET, *La Dame en bleu*, chez Stock ■

### Santé et publics démunis en Europe

Le séminaire européen Santé et Publics démunis s'était fixé trois objectifs:

- être un lieu d'échanges pour les professionnels engagés dans des actions de santé auprès des plus démunis;
- élaborer des propositions destinées aux décideurs politiques ou institutionnels et aux acteurs de terrain en vue d'améliorer les réponses permettant l'accès à la santé des personnes en situation de précarité;
- être le point de départ d'un réseau européen d'échanges de pratiques sur la thématique santé et précarité.

33 expériences provenant de différents pays de l'Union européenne sont présentées. Elles sont organisées en ateliers autour de trois thématiques: une réflexion sur les contextes des différents pays européens, les réponses aux problématiques de santé spécifiques des publics démunis, la promotion de la santé en lien avec l'insertion et la dynamique sociale. Des recommandations aux acteurs de terrain et aux décideurs sont également formulées.

BONNIN F., MICHAUD., FATRAS J.-Y. et al. "Santé et publics démunis en Europe" CFES, Vanves, 1996 (Séminaires), 196 p. ■

### Tout ce qu'ils veulent savoir sur le sexe

Le numéro de mai/juin 1996 de la revue La Santé de l'Homme (n°323) propose un gros dossier sur les jeunes et la sexualité. Voici comment Christiane Dressen, sociologue et coordonnatrice de ce dossier, le présente dans son éditorial.

"En trente ans, on ne peut manquer de constater le chemin parcouru dans les discours sur la sexualité s'adressant aux jeunes en particulier.

En 1967, la grande question était d'éviter les grossesses d'adolescentes et les grossesses non désirées en général, de donner aux femmes les moyens de décider du moment où elles seraient enceintes.

En 1996, l'épidémie du sida focalise les attentions, et l'éducation sexuelle se résume parfois à apprendre à se préserver du risque de contamination du VIH.

Les propos y ont gagné, il est vrai, en liberté et l'on parle plus ouvertement, plus crûment, des pratiques sexuelles dans un esprit de plus grande tolérance vis-à-vis de l'homosexualité, par exemple (...)"

Ce dossier présente donc un échantillon du discours actuel sur la sexualité des jeunes. Il rend compte de différentes enquêtes menées récemment sur le comportement sexuel des jeunes, décrit une expérience de l'utilisation du théâtre pour parler de sexualité avec des préadolescents de quartiers en difficulté, ou encore relate l'expérience d'un centre d'information sexuelle dans un collège.

Ce dossier fait peut-être la part trop belle aux discours des adultes sur la sexualité des jeunes, par rapport à ce que les jeunes eux-mêmes en pensent. Il est vrai que c'est une revue destinée essentiellement à des intervenants (tout comme celle que vous lisez en ce moment...). N'empêche...!

La Santé de l'Homme est éditée par le Comité français d'Education pour la Santé et coûte 175FF pour 6 numéros, ou 240FF pour 12 numéros.

C.F.E.S., rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, tél. 46.45.45.00, fax 46.44.06.64. ■

cadres en 1995).

- 25,1% des médecins ont pris des somnifères ou tranquillisants au cours des douze derniers mois.
- Hépatite B: 19% des médecins ne sont pas encore vaccinés.
- Plus de la moitié des omnipraticiens (54%) ont déjà effectué un test de dépistage du sida, pour eux-mêmes.
- 61,4% des praticiens déclarent avoir déjà utilisé des préservatifs, et 12,2% en utilisent actuellement.

### Que pensent-ils de leur rôle en éducation pour la santé?

Les opinions des médecins ont été évaluées et ont permis de dégager des profils des médecins ayant trois types d'attitudes possibles (voir figure 1)

- un premier type de médecin (21,8% de l'échantillon) se distingue par des opinions plutôt traditionnelles quant à la santé publique et la morale sexuelle;
- un deuxième groupe de praticiens (21,4% de l'échantillon) est caractérisé par des opinions favorables à de larges campagnes d'éducation et de prévention;
- un troisième groupe de médecins (22% de l'échantillon), enfin, apparaît favorable à un modèle de prévention fondé sur les interventions législatives et réglementaires.

La résistance du patient est la première difficulté évoquée par tous pour faire de la prévention (40,1% du total des médecins) sans qu'il soit véritablement possible de faire la part de ce qui relève du stéréotype, de la difficulté du médecin lui-même à aborder certains sujets et de l'absence effective de demande de la part du patient.

### Des pistes...

Au vu des résultats, un support de formation efficace pouvant aider le généraliste à mieux jouer son rôle de prévention semble une voie à suivre. Mais ce processus de formation devrait prendre en compte la diversité des situations des médecins eux-mêmes (leurs comportements de santé par exemple) et la complexité des déterminants motivant leur engagement dans les protocoles de promotion de la santé.

Ces réflexions nous font penser à la recherche-action entreprise par la Fédération des Maisons Médicales et des Centres de Santé Francophones dont nous avons déjà parlé (Education Santé n°88 pp.9-14), qui poursuit sa route actuellement, et dont nous aurons sans doute l'occasion de reparler prochainement.

(D'après un dossier du CFES "Le métier de généraliste et la prévention, 20 juin 1996) ■

## ■ La périnatalité en Communauté française de Belgique

Le Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP) et le service d'épidémiologie de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie publient les "Statistiques des naissances et de la mortalité périnatale et infantile pour 1988 et 1989" en Communauté française. Il s'agit en réalité de données qui concernent toute la Belgique, même si c'est la Communauté française qui a financé le travail.

Comme d'habitude pour ce genre d'outil, une large place est laissée aux chiffres. Mais les auteurs formulent aussi des remarques et conclusions intéressantes, dont voici quelques extraits.

"La diminution régulière du pourcentage de grossesses chez les jeunes filles de moins de 20 ans témoigne de l'efficacité des efforts de prévention dans ce domaine. La proportion des grossesses au-delà de 35 ans atteint par contre un des taux les plus élevés au niveau européen avec les conséquences médicales que cela entraîne.

L'évolution des taux de césariennes doit être suivie de près: les coûts supplémentaires liés à une césarienne et les risques que celle-ci entraîne au point de vue morbidité sont-ils toujours justifiés? De même, le pourcentage d'enfants issus de grossesses multiples continue à augmenter régulièrement; ce phénomène est sans doute surtout lié à la fréquence croissante des grossesses tardives et au développement des techniques de reproduction assistée.

On est obligé de constater qu'il n'y a

pas d'amélioration en Belgique en matière de prématurité et si l'on se base sur des enregistrements plus récents, le problème semble bel et bien rester d'actualité. (...) Outre la stagnation des taux de prématurité en Belgique, il faut souligner sa position relativement défavorable par rapport aux pays voisins. La prévention de la prématurité est donc fondamentale et doit être renforcée, notamment par la généralisation du suivi de la grossesse dès le 1er trimestre. (...)

Les taux de mortalité infantile ont été retenus parmi les objectifs quantifiables pour la santé maternelle et infantile de la Communauté française. Les différents taux de mortalité baissent régulièrement en Belgique, mais il est clair que cette évolution n'est pas satisfaisante en comparaison avec les résultats obtenus dans les autres pays européens. Rappelons que les taux de mortalité post néonatale et infantile sont chez nous parmi les plus élevés d'Europe occidentale.

L'importance relative des malformations congénitales plaide pour un renforcement des méthodes de prévention primaire et pour une promotion des consultations de conseil génétique et des techniques de dépistage prénatal dans les situations à risque. Le syndrome de la mort subite du nourrisson représente pour sa part près de 20% des décès infantiles; des recherches complémentaires sur ce sujet seraient amplement justifiées et on ne peut qu'encourager des initiatives en matière de prévention. (...)"

Naissances - mortalité périnatale et infantile - statistiques 1988 et 1989, CROSP / IHE Service épidémiologie, 1996, 144p.

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles, tél. 02/642.57.71, fax 02/642.54.10. ■

## ■ Châtelet et le lâcher prise

Une petite dame ralentit de son seul pas mesuré le flux des piétons speedés. Sa nonchalance suffit à entraver la course contre la montre. Voilà contrariés les corps apparemment si bien lancés sur leur trajectoire. Les sil-

Ne faut-il pas repenser notre attitude par rapport à ce phénomène de rencontre avec la drogue "récréative" à l'adolescence?

Les parents et les enseignants sont-ils sensibilisés, non à lutter simplement "contre la drogue", mais à comprendre la recherche de plaisir et/ou le malaise de leurs enfants ou de leurs élèves sans dramatiser le problème mais en l'assumant?

4. Les jeunes scolarisés consultent peu de spécialistes pour des problèmes de santé mentale. Les filles d'origine maghrébine ou turque sont les plus nombreuses à être confrontées à des sentiments dépressifs et font, par contre, moins appel à une aide psychologique ou psychiatrique.

Nos services spécialisés sont-ils suffisamment "accessibles" aux jeunes et particulièrement aux jeunes issus de l'immigration?

Les rapports entre les centres Psycho-Médico-Sociaux et les Services de Santé Mentale sont-ils suffisants; ne devraient-ils pas être renforcés?

Les services de santé mentale ne devraient-ils pas plus soutenir les enseignants et les directions d'école?

F.J. Navarro, D. Piette, Université Libre de Bruxelles - Ecole de Santé Publique Unité de Promotion Education Santé - Promes, Route de Lennik 808, 1070 Anderlecht - 02/555.40.55.

M. De Clercq, A. Vranckx, Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale pour Bruxelles-Capitale, Rue du Champ de Mars 25/6, 1050 Bruxelles, 02/513.97.00. ■

## ■ L'autogestion, une stratégie d'intervention en éducation pour la santé

### Introduction

L'objectif poursuivi par l'élaboration du modèle proposé consiste à décrire les principales étapes que devrait suivre une personne pour gérer de façon autonome sa santé et sa qualité de vie.

### Points forts de l'étude

1. Enquête représentative des jeunes Bruxellois scolarisés âgés de 12 à 18 ans. C'est la première fois que nous disposons de données sur la santé mentale et la consommation de drogues illicites des jeunes Bruxellois.
2. Enquête représentative des jeunes présents à l'école le jour de l'enquête.
3. Enquête auprès des jeunes francophones et néerlandophones.
4. Expression par les jeunes eux-mêmes de leurs opinions et sentiments. Le questionnaire est anonyme. Il a été rempli librement par les jeunes eux-mêmes, après que les buts et l'utilisation de l'enquête leur aient été expliqués.
5. Recherche basée sur le protocole international de l'étude Health Behaviour of School-aged Children patronnée par l'OMS.
6. Concertation avec le terrain. Les résultats de l'étude, avant d'être publiés, ont été soumis à des experts du terrain de la santé mentale et de la prévention en matière de toxicomanie, afin d'éviter de "faire dire aux chiffres ce qu'ils ne veulent pas dire".

### Limites de l'étude

1. Étude représentative d'un groupe spécifique de jeunes. Notre enquête est représentative des jeunes de 12 à 18 ans fréquentant l'enseignement secondaire de plein exercice. Elle ne tient pas compte de l'enseignement spécial ou de l'enseignement en alternance, du décrochage scolaire, des jeunes de 12 ans à l'école primaire, ni des jeunes absents le jour de l'enquête. La situation est sans doute plus problématique que nos résultats le révèlent.
2. Enquête ciblant les jeunes qui fréquentent les écoles de Bruxelles. L'enquête est représentative des jeunes allant dans des écoles bruxelloises, même s'ils peuvent, dans certains cas, habiter en dehors de la région de Bruxelles-Capitale.
3. Photographie instantanée. Il s'agit d'une image globale de jeunes scolarisés de 12 à 18 ans qui ne tient pas compte des différences éventuelles entre écoles ou entre communautés linguistiques.
4. Perception des jeunes d'eux-mêmes. Il ne s'agit pas de données objectives mais des données subjectives illustrant la façon dont ces jeunes se vivent ou vivent l'école.
5. Limites des instruments de mesure. Cette enquête subit les limitations de son questionnaire - même si ce dernier a été validé - et de l'échelle de symptomatologie dépressive (CES-D). Rappelons que cette échelle n'évalue pas le diagnostic de dépression mais apprécie le degré de symptomatologie dépressive perçue par le sujet.

Selon l'étymologie, auto-gérer signifie gérer par soi-même. Cela présuppose une connaissance suffisante du sujet à gérer sa santé et une certaine compétence dans l'utilisation des techniques appropriées à cet exercice. Il convient de préciser que "l'autogestion de la santé" peut être considérée

à la fois comme une technique et une philosophie privilégiant l'autonomie personnelle et le libre choix éclairé face aux interventions souhaitées pour sa santé. L'autogestion constitue une approche à la fois préventive et curative appartenant au domaine de l'éducation pour la santé.

## Historique du concept

L'autonomie et la responsabilité personnelle est un concept qui fut mis en valeur durant les années 1970 sous le vocable d'auto-santé<sup>1-4</sup>. Des personnes, dont la vision correspondait alors à un changement de paradigme social<sup>5</sup>, se réunissaient pour former des groupes d'entraide.

Constitués par des non professionnels, leur but était de promouvoir, maintenir, améliorer ou rétablir la santé de l'individu ou de la communauté<sup>6,7</sup>. Dans leurs actions ces groupes entreprirent une démarche éducative en proposant à leurs membres des cours théoriques et pratiques pour les aider à mieux comprendre leur état de santé<sup>7,8</sup>. Selon leur philosophie une personne informée et bénéficiant du support social adéquat devrait opter pour un mode de vie plus sain.<sup>3,7</sup>

Dans la décennie suivante, cette approche d'auto-santé sembla prendre une forme plus individuelle et le terme autogestion apparut. Bien que la forme d'autogestion qui surgit durant les années 1980 semblait constituer le prolongement des efforts issus des mouvements d'auto-santé, c'est véritablement vers le milieu des années 1960 que les psychologues behavioristes établirent les bases de l'autogestion<sup>9</sup>. Se questionnant alors sur l'éthique relative à l'utilisation des techniques de conditionnement, ils voulaient établir un modèle où le client participerait activement à son traitement<sup>9</sup>. C'est la pratique que nous connaissons maintenant sous le terme d'observance. Selon cette approche, la personne devait apprendre, en relation avec un traitement, quoi faire, comment le faire et quand le faire.

En psychologie, l'autogestion est fondée sur deux concepts: l'autorégulation et le processus de contrôle. L'autorégulation a pour objet d'expliquer comment une personne doit utiliser des processus cognitifs pour élaborer de nouveaux apprentissages lorsque les réponses déjà automatisées ne suffisent plus ou sont inappropriées<sup>9</sup>.

L'autorégulation repose elle-même sur le processus de contrôle qui intervient lors de prises de décision. Il comporte trois étapes: le contrôle décisionnel, le contrôle sur l'exécution d'un programme et le contrôle sur les effets<sup>9</sup>. Ces processus furent mis en

évidence dans une situation expérimentale où des personnes, soumises à différents tests, montraient moins d'anxiété lorsqu'elles pouvaient choisir l'ordre dans lequel elle pourraient les effectuer<sup>10</sup>. Également, lors d'interventions chirurgicales, des patients furent soumis à deux modèles différents; ceux qui recevaient une information adéquate leur permettant de prévoir les effets de l'intervention diminuèrent leur consommation de sédatifs post-opératoires comparativement à ceux qui se soumettaient passivement à la situation<sup>11</sup>.

## Techniques d'autogestion

Parcel<sup>12</sup> et Petosa<sup>13</sup> définissent les habiletés d'autogestion comme des techniques permettant à la personne de renforcer ou d'éliminer des comportements qu'elle a consciemment choisis et adoptés. En psychologie comportementale, les techniques d'autogestion se distinguent nettement des autres techniques de modification de comportement<sup>9</sup>. Selon Kanfer et Gaelick, les approches traditionnelles tiennent lieu de "modèles administratifs de traitement" dans lesquels la personne accepte le rôle du client passif<sup>9</sup>. Dans ce genre de situation la participation de la personne à son traitement est relativement restreinte. Ainsi un modèle autogéré met l'emphase sur la participation active de la personne, sur sa volonté de changement et sur sa responsabilité consentie.

## Autogestion et thérapie

Les techniques d'autogestion furent principalement utilisées en psychologie et en médecine afin de permettre aux patients de participer plus activement au processus de traitement. Le but n'était cependant pas de rendre la personne plus autonome, mais plutôt de faciliter l'observance du traitement. La participation active à un traitement nécessite un minimum de connaissances, le désir de participer et certaines habiletés techniques dans l'application des soins relatifs à la santé<sup>3,14,15</sup>.

Quelques centres spécialisés<sup>14,16-18</sup> ont efficacement mis à profit ces techniques d'autogestion dans leur pro-

gramme de soins et d'éducation au patient. L'évaluation des différents programmes d'autogestion pour asthmatiques, en particulier, permit de faire une distinction fondamentale entre les programmes qui intervenaient réellement par l'autogestion et ceux qui se limitaient à modifier uniquement le facteur cognitif ou les attitudes des patients<sup>19</sup>. Parmi onze programmes analysés, seulement trois semblaient permettre l'acquisition de connaissances et d'habiletés tout en favorisant réellement l'autonomie du patient<sup>19</sup>.

## L'autogestion en éducation pour la santé

L'éducation pour la santé constitue une démarche visant à faire acquérir à la personne des connaissances, des compétences et la capacité de les utiliser de façon autonome<sup>20,21</sup>. Selon French<sup>22</sup>, l'éducation pour la santé ne vise pas le changement de comportement ni l'action politique influençant les déterminants de la santé, mais constitue plutôt une activité essentiellement pratique à l'intérieur de la démarche éducative.

Kirchoffer<sup>23</sup> proposa différents moyens pour aider la personne à développer progressivement son autonomie en matière de santé tels que: renforcer les connaissances acquises antérieurement sur la santé et ses déterminants; permettre l'acquisition de nouvelles connaissances; favoriser l'acquisition d'attitudes et d'habitudes qui soient de nature à promouvoir le bien-être physique, psychologique et social de la personne; favoriser un recours rationnel et raisonnable aux services de santé disponibles (préventifs et/ou curatifs). Il stipule également que, pour être valable, tout apprentissage doit être pratique et concret.

Parcel<sup>12</sup> suggéra une approche fondée sur la "compétence", de façon à ce que la personne puisse d'abord faire un choix éclairé face à son état de santé et être habilitée à agir adéquatement suite à ses décisions. Selon lui les actions pour la santé ne sont pas autogérées tant que les personnes sont incapables de les appliquer. Il en conclut que l'utilisation d'habiletés d'autogestion est en parfaite concor-

# Lu pour vous

## Le métier de généraliste, on en parle!

### La visite à domicile

Sujet peu étudié, la visite à domicile du médecin généraliste fait l'objet du nouveau numéro des Cahiers du Germ.

En Belgique, nous détenons le record en matière de visites à domicile: un médecin généraliste fait en moyenne 45 visites à domicile pour 100 consultations (France: 33; Allemagne: 12; Pays-Bas: 8; Grande-Bretagne: 4). En ce début 1996, la mise en évidence de ce record a déclenché de vives réactions qui se sont rapidement focalisées sur des questions de budget.

Dans la première partie de ce Cahier du GERM, le Docteur Axel Hoffman analyse cette situation. Il pointe différents facteurs qui interviennent pour maintenir le taux important de visites à domicile: la pléthore médicale, l'absence d'échelonnement et de toute forme de fidélisation, le manque de soutien aux soins de santé primaires et les effets pervers du paiement à l'acte. Il dénonce les réactions limitées au seul aspect budgétaire. Pour lui, les questions budgétaires prennent trop souvent le pas sur la mise en place d'une politique cohérente des soins de santé qui doit passer par la revalorisation des soins de première ligne.

Deuxième temps de ce numéro, le Docteur Miguelle Benrubi nous propose une approche anthropologique de la visite à domicile en médecine générale.

Elle nous invite à plonger dans les impressions, le vécu quotidien du médecin et du patient pour analyser et comprendre ce qui se joue dans la rencontre à domicile.

A partir de son carnet de bord, de deux questionnaires (l'un destiné aux patients, l'autre aux médecins), de l'enregistrement vidéo de fragments de sa pratique médicale, le Docteur Benrubi a pu étudier les interactions médecin-malade au domicile du patient et démontrer la spécificité de la relation quand elle est engagée sur le terrain du malade: "La visite à domicile élargit le champ des interactions. Elle permet en cela une meilleure compréhension de l'autre. Médecin et

malade utilisent tous les éléments à leur disposition pour construire la relation. (...) A la froideur de l'hôpital, s'oppose non pas la chaleur du cabinet ou l'intimité du domicile, mais un espace de rencontre qui, par définition, est pluriel."

Miguelle Benrubi, *La visite à domicile, Les Cahiers du Germ, coll. "Expériences et analyses", numéros 235-236, 300 FB, 1996.*

### L'éducation pour la santé, l'avenir du généraliste?

La proximité et les relations qui s'établissent entre les médecins généralistes et leurs patients constituent un atout pour la mise en place d'actions de prévention, et en particulier d'éducation pour la santé.

Le médecin généraliste est-il convaincu d'avoir un rôle explicite à jouer

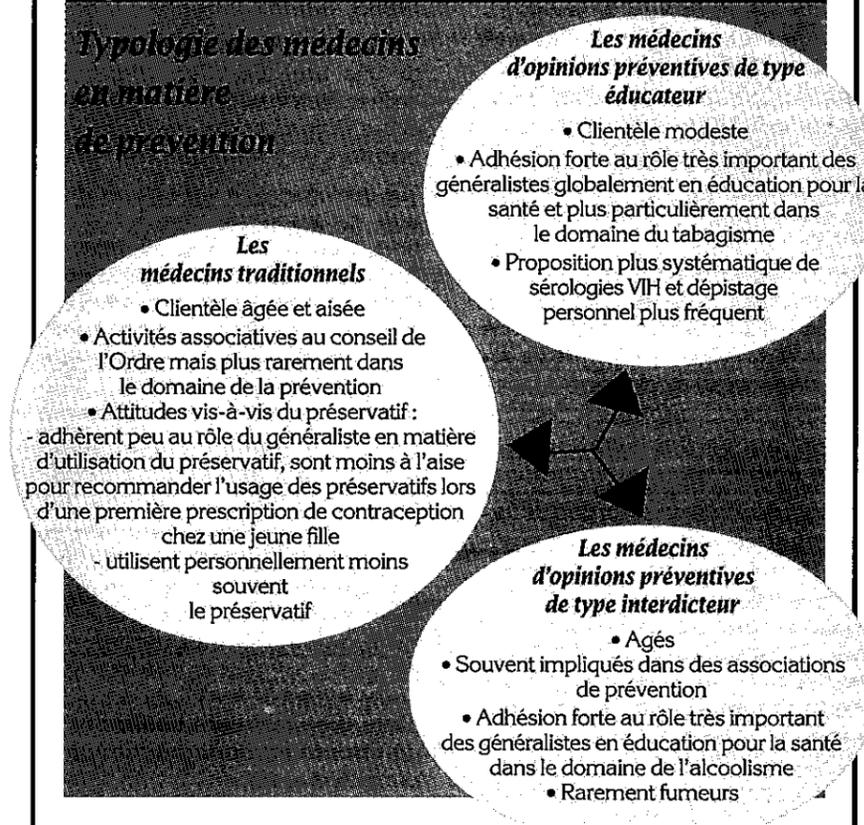
dans ce domaine? Ses conditions actuelles d'exercice lui permettent-elles d'assumer cette fonction? A-t-il reçu une formation pour cela? Comment peut-il travailler en synergie avec les autres acteurs de prévention?

Le CFES lance le débat autour de ces questions en se basant sur une enquête auprès de médecins généralistes ("Baromètres Médecins 94/95") dont voici quelques résultats.

### Quels sont les comportements de santé des généralistes?

- 34% des médecins généralistes sont fumeurs: la prévalence du tabagisme ne diffère pas sensiblement de celle de la population générale.
- 88,6% des généralistes sont consommateurs, au moins occasionnels, de boissons alcoolisées. 15,2% d'entre eux déclarent consommer de l'alcool tous les jours (contre 19,1% chez les

Figure 1



## Education '96, un salon "ensanté"

Le Salon Education '96, consacré aux outils pédagogiques et à l'équipement pour l'enseignement, s'est déroulé au Palais des Expositions de Namur du 23 au 26 octobre derniers.

Le secteur éducation pour la santé de la Communauté française y était généreusement représenté. Cela a permis de rencontrer les enseignants, d'échanger, de confronter les points de vue,...

Les Commissions Locales de Coordination et le Centre de Coordination Communautaire proposaient un stand qui a pu faire découvrir à un nombreux public certaines réalisations et outils pédagogiques élaborés par des services aux éducateurs.

La Croix-Rouge était également de la partie avec un stand présentant ses outils pédagogiques. Elle assurait aussi l'animation de mini-forums/conférences consacrés à l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

### Des exposants, du public

Ce salon constituait un espace étonnant de paradoxes et d'hétérogénéité. S'y côtoyaient un peu de tout: services, jeux, mobilier scolaire, matériel

pédagogique, voyages scolaires, distributeurs de chips, limonades,... Le coût élevé de certains produits et services était presque indécent quand on connaît le manque de moyens du monde enseignant. Les ouvrages choisis au stand de la Croix-Rouge l'étaient souvent en fonction de leur prix (moins c'est cher, mieux c'est!) de nombreuses personnes s'emportant (sans rien emporter) contre la non-gratuité de la plupart des supports pédagogiques proposés.

Les motivations des exposants et des visiteurs étaient également très diverses: des actions de marketing et de publicité côtoyaient des actions de sensibilisation, de rencontre et de militantisme.

### L'éducation pour la santé, un concept qui séduit

L'éducation pour la santé suscite l'intérêt des enseignants, "l'Ecole Ensantée" est une expression qui parle, qui a sa pertinence, sa nécessité, sa légitimité pour beaucoup d'enseignants. Le Réseau Européen d'Ecoles en Santé cristallise cet intérêt. Nombre de personnes ont demandé comment en faire partie.

Si l'intérêt pour l'éducation pour la santé est clair, cela ne supprime pas la

crainte de s'engager dans un tel processus: complexité des concepts et de la démarche, investissement à long terme, enjeux mis en évidence,...

Une formation adaptée en éducation pour la santé est sans doute une des clés pour le développement de ce processus.

### Santé - Mauvaise santé

La santé reste perçue comme synonyme de mauvaise santé, de problèmes à régler ou à éviter, de conseils et de règles à inculquer voire à imposer. Le concept de santé globale est méconnu et les enseignants se rattachent systématiquement aux thématiques habituelles et aux outils "clé sur porte". Le contenu des stands proposés par les CCC/CLC et la Croix-Rouge n'échappe pas à cette équivoque: on y trouvait les "représentations de santé des jeunes" et "il était une fois les poux...", "l'APPRET" et des affiches "anti-tabac". L'approche globale de la santé et celle thématique de problèmes de santé ne sont pas nécessairement antagonistes mais cela laisse parfois perplexe!

Texte rédigé d'après les réflexions de Natacha de Granges, Centre de Coordination Communautaire et André Lufin, service Education pour la santé, Croix-Rouge de Belgique. ■

## Bibliothèques publiques: un nouveau réseau de distribution pour la promotion de la santé?

L'asbl Question Santé gère et organise l'Agence Locale de Prévention du Sida pour la région de Bruxelles-Capitale.

L'Agence locale, organe de coordination et de décentralisation de la politique communautaire en matière de prévention du sida, vise à établir des relations avec les intervenants locaux.

Elle met à la disposition des divers organismes-relais l'information et les outils existants, leur fournit une aide didactique et méthodologique et leur assure un soutien logistique.

Le centre de documentation de l'Agence Locale et de la Commission Locale de Coordination s'inscrit dans le domaine de l'éducation à la santé

prise au sens large et dispose de brochures, outils et dossiers thématiques en matière de prévention du sida. Ces documents concernent les jeunes, les adultes, les personnes séropositives et leur entourage, mais également les enseignants et les relais médico-sociaux.

L'Agence Locale, dans le cadre de ses missions, a souhaité instituer une collaboration avec les bibliothèques publiques de Bruxelles (50 bibliothèques sur 65 consultées), points-relais et intermédiaires privilégiés, principalement sollicités par le milieu étudiant qui, dans le cadre de travaux scolaires, cherche à se documenter.

Un présentoir mural, contenant les do-

cuments de prévention, est mis gratuitement à disposition des bibliothèques. Celles-ci sont contactées régulièrement afin de réévaluer leurs besoins et d'orienter en conséquence la fourniture de documentation, voire de services.

L'établissement de ce réseau de diffusion sur la région de Bruxelles-Capitale pourra désormais être mis à disposition d'autres thèmes relatifs à la santé via la Commission Locale de Coordination en Education pour la Santé.

Renseignements: C Végairinsky, Agence Locale de Prévention du Sida, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74, fax 02/512.54.36. ■

dance avec les buts et philosophies contemporains en éducation pour la santé.

### Problématique

L'autogestion consiste actuellement en l'utilisation de techniques favorisant l'observance de directives et d'interventions dirigées par des professionnels, en situations thérapeutiques. Selon la charte d'Ottawa (1986)<sup>24</sup>, il est important de reconnaître aux personnes en santé le droit et la capacité de prendre des décisions et de gérer leurs propres interventions pour maintenir leur état de santé et améliorer leur qualité de vie.

Dans cette optique, le modèle présenté ici fut développé pour tenter à la fois d'expliquer comment une personne peut autogérer sa santé et de décrire les étapes essentielles par lesquelles elle doit passer pour réaliser cet objectif.

### Méthode

Selon Tones<sup>25</sup>, "les modèles sont des représentations simplifiées de la réalité et qui doivent permettre de porter notre attention sur les éléments les

plus importants. Ainsi un modèle doit refléter une analogie avec la réalité et nous permettre d'expliquer, de prédire et éventuellement de découvrir certains aspects inconnus de ce monde qui nous intéressent en tant que professionnel".

Ce modèle (voir tableau) fut développé suite à une analyse a priori de ce qui pourrait être considéré comme une démarche d'autogestion. Cette analyse donna lieu à l'identification de concepts reliés aux étapes de prise de décision, d'analyse de soi et de mise en application d'un programme visant à adopter ou modifier des habitudes de vie. Les différents éléments du programme furent ensuite comparés à d'autres modèles et théories du comportement de façon à en valider le contenu théorique.

### Résultat: le modèle d'autogestion

Le modèle proposé se divise en quatre parties. La première concerne la décision que doit prendre la personne de participer à un processus d'autogestion. Cette décision est en relation

étroite avec la notion de confiance en soi qui conditionne l'intérêt et la capacité de la personne à prendre part à ce processus. La seconde permet à la personne de faire une analyse de ses ressources et de développer une attitude critique de façon à pouvoir prendre des décisions éclairées. Finalement les troisième et quatrième parties abordent le passage à l'action. Elles impliquent le comportement à adopter pour autogérer sa santé de même que les dimensions de la santé auxquelles s'adresseront les actions envisagées.

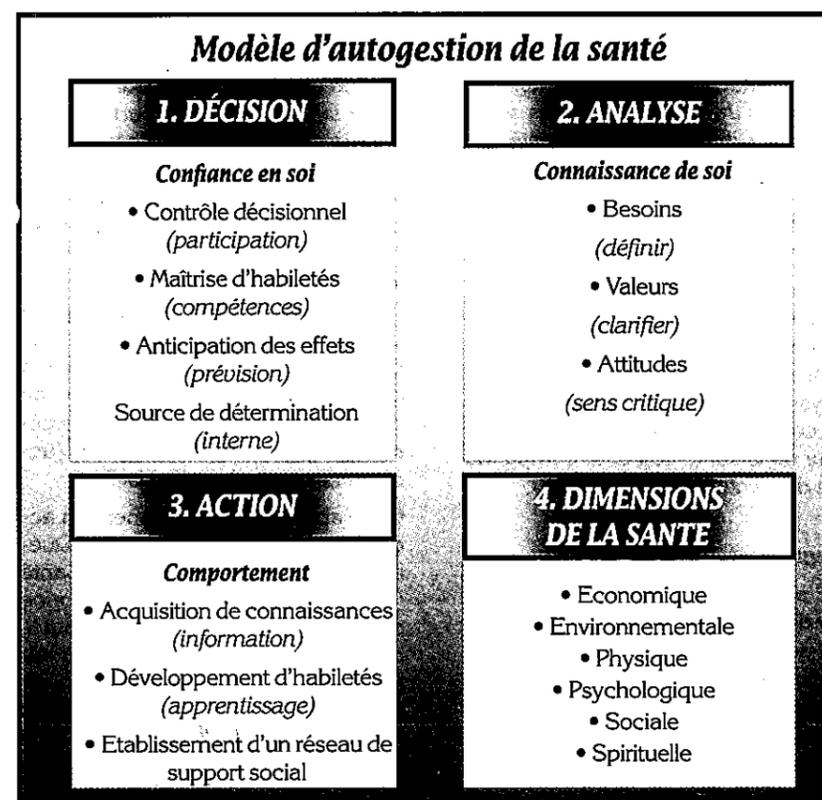
#### 1. Confiance en soi

La confiance en soi s'opérationnalise par une implication de la personne dans les décisions et les actions à prendre pour améliorer sa santé. La personne doit en effet avoir confiance en sa capacité à prendre des décisions et à accomplir des tâches en relation avec sa santé et sa qualité de vie. Cette confiance en soi est influencée par les expériences antérieures de la personne, expériences renforcées positivement ou négativement par ses succès et ses échecs précédents.

La confiance en soi exerce une influence sur la notion de source de détermination interne, c'est-à-dire la façon dont la personne perçoit qu'elle peut ou non avoir un impact sur sa santé par l'intermédiaire de ses actions et décisions personnelles, et non en fonction du hasard ou des attentes des autres. Elle se rattache également au concept d'estime de soi, manière dont la personne se perçoit et s'accorde confiance.

Le contrôle décisionnel concerne la capacité et la possibilité qu'une personne puisse participer activement à la prise de décision concernant les actions à accomplir pour sa santé et sa qualité de vie. Ce contrôle peut s'appliquer de façon individuelle ou avec la collaboration d'un intervenant en santé, mais il demeure essentiel que ce soit la personne elle-même qui prenne la décision. L'intervenant conseille alors la personne mais ne doit pas imposer ses décisions comme c'est le cas dans la pratique de l'observance.

La maîtrise d'habiletés doit aider la personne à poursuivre le processus



amorçé lors de la prise de décision et la rendre apte à intervenir pour actualiser ses choix. La compétence d'une personne relève de sa capacité à utiliser les techniques adéquates pour parvenir à son but. La compétence est acquise soit par un processus autodidacte, soit avec l'aide d'un intervenant spécialisé dans un secteur de la santé. L'interaction personne/intervenant doit se faire sur la base d'un partenariat où chacun retire une expérience enrichissante de son contact avec l'autre.

L'anticipation des effets permet à la personne de prévoir les effets éventuels résultant de ses décisions et de ses actions. La capacité d'anticipation est reliée à l'expérience de la personne et à sa maîtrise d'habiletés. C'est à la suite de ces expériences que le concept de source de détermination prendra toute sa signification et s'orientera vers l'interne plutôt que vers l'influence externe.

## 2. Connaissance de soi

Apprendre à se connaître et à reconnaître les signaux de son corps permet d'agir sur son état de santé et constitue le fondement même de l'autogestion. Cette connaissance de soi doit commencer par l'identification des besoins fondamentaux tels que classifiés par Maslow<sup>26</sup>. La connaissance des besoins de l'organisme conduit à rechercher leur satisfaction et à accomplir une action en ce sens.

La personne doit également identifier et clarifier ses valeurs<sup>27</sup>. Les valeurs constituent les priorités et l'échelle d'importance que la personne accorde aux différents aspects de sa vie. Valoriser un comportement sain représente une attitude essentielle pour qu'une personne décide d'agir pour améliorer son état de santé et sa qualité de vie.

Besoins et valeurs sont des indicateurs essentiels pour permettre à la personne de mieux se connaître et ainsi prendre des décisions réfléchies. Pour faire un choix éclairé, la personne doit en plus développer une attitude critique afin de ne pas se laisser influencer indûment par la publicité concernant la consommation de produits et de services relatifs à la santé. L'attitude critique doit s'appuyer sur des faits, une expertise, l'expérience

personnelle et celle des autres. Toujours aller à la source plutôt que de se fier à des informations secondaires. Il y aura lieu de rechercher la source d'information la plus fiable selon des indicateurs issus de la recherche, de groupes de protection des consommateurs et de l'expertise des professionnels de la santé.

## 3. Comportement

Une action efficace nécessite que la personne acquière des connaissances théoriques et pratiques par l'intermédiaire des ressources physiques et humaines à sa disposition. Elle devra également se constituer un réseau de support social en faisant appel à des parents, des amis, des spécialistes qu'elle connaît directement ou par appartenance à un groupe social. Le réseau de support constitue un renforcement et un agent de motivation pour soutenir la personne dans sa démarche.

## 4. Dimensions de la santé

La dernière partie du modèle aborde le mode de vie et les comportements qui font obstacle ou qui favorisent un bon état de santé. Les actions en découlant toucheront nécessairement aux habitudes de vie qui sont généralement ciblées par les programmes d'intervention en éducation pour la santé. Ces habitudes de vie sont réparties selon différentes dimensions de la santé que l'on peut regrouper selon les rubriques suivantes: physique, psychologique, sociale, spirituelle, économique et environnementale.

Comportements et habitudes de vie doivent être considérés dans une approche globale. L'ensemble de la personne ainsi que son environnement, physique et humain, doivent être pris en considération. Toute action en faveur de la santé doit tenir compte de ces différents facteurs.

## Programme

Un programme d'activités autogérées s'articulera autour des habitudes de vie de la personne. Les activités proposées dans le corps d'un programme d'autogestion doivent répondre à deux conditions:

1. Être simple d'apprentissage, c'est-à-dire facilement accessible et appli-

cable sans un support technique complexe et coûteux.

2. Être adapté aux besoins de la personne dans son milieu et avec ses propres ressources (ressources du milieu et ressources intrinsèques à la personne).

Pour illustrer ceci prenons le cas d'une activité physique: la marche. Dans ce cas, la personne possède tous les éléments pour actualiser rapidement cette activité de la vie quotidienne. Elle pourra autogérer un programme de marche suite à un court apprentissage des notions de base et des techniques simples d'évaluation de sa condition physique. A l'exception d'une paire de chaussures appropriée, cette activité ne nécessite aucune infrastructure coûteuse et peut se pratiquer n'importe où.

C'est cette souplesse, cette facilité d'apprentissage et d'application qui rendra un programme d'autogestion intéressant, principalement dans des milieux ne disposant pas de ressources humaines ou d'équipement technique élaboré.

## Discussion

L'autogestion doit être considérée parmi les stratégies d'intervention en promotion et en éducation pour la santé. Cette stratégie s'insère parfaitement dans le plan d'ensemble de la promotion de la santé présenté dans la Charte d'Ottawa (1986)<sup>24</sup>. C'est une approche qui permet "de conférer les moyens et de développer les aptitudes individuelles" (Charte d'Ottawa, 1986). Cette approche est également reprise dans le projet de déclaration québécoise sur la promotion de la santé et du bien-être<sup>28</sup> qui suggère, au niveau des stratégies, de favoriser le renforcement du potentiel des personnes (acquérir des aptitudes individuelles).

Cette approche est également en accord avec celle de l'Association Québécoise pour la Promotion de la Santé (AQPS) indiquant que toute personne qui veut se prendre en charge (s'autogérer) devrait développer les capacités suivantes: être à l'écoute de son corps; avoir un sens critique face aux ressources disponibles de façon à mieux les utiliser; pouvoir entrer en relation avec des professionnels de la

douleur est fortement subjective. Une même maladie se rencontre chez d'autres personnes mais chacun la vit différemment. L'information diffusée à grande échelle et consacrée à la douleur semble donc incapable de s'adapter à l'individu, elle ne peut donner qu'un discours générique.

On peut supposer que l'individu se sent davantage concerné par des informations liées à des pathologies bien définies car elles sont du ressort de l'objectivité et donnent des moyens d'agir sur le plan préventif ou curatif.

## Une méconnaissance des traitements

Les participants font état d'une méconnaissance des traitements de la douleur cancéreuse. On se réfère généralement aux analgésiques mineurs courants ou aux cliniques de la douleur. En matière de douleurs sévères, l'ignorance est quasi totale. On soulève un problème de crédibilité: on ne croit pas qu'à l'heure actuelle la médecine est susceptible d'intervenir de manière adéquate. L'étude qualitative a permis de mettre en évidence une ambivalence vis-à-vis de la douleur sévère. On exprime d'une part le désir intense de ne pas souffrir et, d'autre part, l'idée que le signal douleur est indispensable, voire vital.

Ressentir une douleur prouve que l'on est encore en vie. Ceci transparait clairement en ce qui concerne la morphine. Le problème de son utilisation ne se poserait pas précisément en terme de toxicomanie (ce point n'a cependant pas été approfondi) mais plutôt parce que le recours à la morphine est considéré comme l'étape ultime (la "mort fine"). Le médecin qui prescrit de la morphine signifierait de cette façon son échec, sa faillite.

## En guise de conclusion

L'information relative à la douleur cancéreuse se heurte à la complexité du phénomène mais aussi au public visé. La prise en charge de ce symptôme concerne avant tout le malade mais également sa famille, son entourage. Chaque composante du public nécessiterait des informations spécifiques en fonction de besoins particuliers.

Par ailleurs, le cadre abstrait de la douleur en tant que sujet d'information rend très difficile toute tentative de mobilisation des donateurs. Un discours scientifique se focalisant sur les connaissances semble par ailleurs voué à l'échec. Le processus de délégation est ici clairement mis en lumière: une association humanitaire, une personne de référence constituent un dédoublement du donateur: c'est à eux de s'occuper de prendre en charge la problématique de la douleur. Par conséquent, l'information sur la douleur doit avant tout soutenir une initiative concrète qui pourrait être réalisée par le don. Parler de la douleur respecte le principe de proximité en matière d'information car chacun peut y être confronté mais il faut surtout proposer des actions de terrain pour que cette information soit mobilisatrice. La détresse sensibilise, crée le besoin de solidarité contrairement à la douleur qui induit un rejet.

L'étude qualitative a donc fondamentalement remis en question les objectifs de départ.

Dr Juan Coulon, responsable du département scientifique, et Anne Van Boxel, responsable des évaluations, Association contre le Cancer ■

## Connaissez-vous le 'cooling'?

A l'occasion de son dixième anniversaire, la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés a fait réaliser une enquête sur la façon dont nos compatriotes perçoivent la prévention et les premiers soins en cas de brûlure. L'étude, confiée à la société Dimarso, a été réalisée entre le 12 et le 16 septembre par téléphone (technique CATI) auprès d'un échantillon représentatif de 300 personnes âgées de 15 ans et plus. Elle a été faite en collaboration avec les firmes ABB-assurances et Galenco.

Le nombre de personnes interrogées est insuffisant pour que les réponses soient significatives lorsqu'on croise des variables. Voici néanmoins quelques données intéressantes exprimant de grandes tendances.

## Accidents pas si rares, parfois graves

14% des personnes interrogées ont été brûlées ou ont connu dans leur entourage direct quelqu'un qui l'a été au cours de l'année écoulée. Mais cela ne signifie pas qu'il s'agissait pour autant d'une brûlure grave.

Les parties du corps les plus touchées sont les bras et les mains. Dans un cas sur cinq, la victime a dû être hospitalisée dans un centre spécialisé dans le traitement des grands brûlés.

Un tiers des victimes s'est brûlé avec du liquide chaud (eau, huile ou beurre essentiellement), un quart avec un objet brûlant (surtout fer à repasser).

La moitié des accidents se sont produits dans la cuisine.

## Premiers soins

Les trois quarts des personnes interrogées se sont administrés elles-mêmes les premiers secours, et deux tiers des victimes ont refroidi la brûlure avec de l'eau froide.

Cela semble indiquer une bonne connaissance du conseil de base, qui est de pratiquer le 'cooling', (refroidissement de la peau brûlée avec de l'eau courante fraîche ou tiède pendant au moins 10 minutes).

Néanmoins, une personne sur cinq seulement le fait suffisamment longtemps. Autre remarque: le réflexe 'cooling' est mieux connu au Nord (93%) qu'au Sud du pays (74%). Non seulement les francophones sont moins nombreux à savoir qu'il est important de maintenir une brûlure sous eau froide, mais ils savent moins bien pourquoi.

Il y a là un défi intéressant à relever en termes de transfert de connaissances dans la Communauté française de Belgique.

Le hasard faisant parfois bien les choses, nous vous présenterons prochainement 'D'abord de l'eau, pour sauver ma peau', un programme de prévention des brûlures chez les enfants d'école primaire dont un des objectifs est précisément de faire passer le message du 'cooling'.

Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés, chée de Vleurgat 221, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/649.65.89. ■

## ■ Douleur et cancer: les limites de l'information

Le département scientifique de l'Association contre le cancer souhaitait réaliser un document d'information et de sensibilisation consacré à la problématique de la douleur cancéreuse. On estime, en effet, que 70% des malades confrontés à ce symptôme sont sous-traités alors que des schémas thérapeutiques efficaces existent. Les raisons de ce manque de prise en charge sont multiples et tiennent autant aux croyances et aux attitudes des soignants que des malades. Par ailleurs, ce document d'information devait être associé à une récolte de fonds menée à grande échelle destinée à soutenir certains projets de soins palliatifs dans lesquels le contrôle de la douleur cancéreuse apparaît au premier plan.

Nous nous sommes demandé comment il convenait de parler de la douleur liée au cancer auprès de personnes qui, pour la plupart, ne sont pas directement confrontées à cette problématique.

Une étude qualitative a donc été menée (confiée au bureau d'études Mythos) visant à recueillir des éléments de réflexion tout particulièrement sur les thèmes suivants:

- importance accordée à la problématique de la douleur lorsqu'elle est liée au cancer;
- état des connaissances médicales ayant trait à la douleur et aux moyens permettant de la combattre;
- caractère mobilisateur d'un document d'information dans une perspective de donation.

Les conclusions décrites ci-dessous sont basées sur des données recueillies auprès de deux groupes de discussion, l'un francophone et l'autre néerlandophone.

Les constats de base indiquent qu'il est difficile d'informer le grand public sur la problématique de la douleur. La difficulté n'est pas liée à la méconnaissance du problème de la douleur chez le malade cancéreux ou à une faible implication émotionnelle mais plutôt aux facteurs suivants:

- un phénomène de refoulement vis-à-vis de la douleur, surtout lorsqu'elle est sévère;

- une croyance profonde en l'utilité de la douleur;

- un manque d'intérêt pour la gestion de la douleur sévère lorsqu'on n'est pas personnellement confronté au symptôme. Cet aspect fait l'objet d'une délégation auprès du corps médical.

### Les effets du refoulement

Plus précisément, il est difficile de concevoir un document d'information consacré à la douleur dans la perspective d'une mobilisation de donateurs, non pas du fait d'un refus de solidarité vis-à-vis de celui qui souffre ou de la non-pertinence de l'action, mais par le caractère très émotionnel du symptôme.

Paradoxalement, c'est ce même caractère qui, dans d'autres circonstances, constitue l'élément d'adhésion à l'information. Parler de la douleur, surtout cancéreuse, entraîne une dynamisation des craintes et des angoisses, une résurgence de croyances populaires dramatiques. L'individu souhaite éviter des réflexions et un questionnement lorsqu'il n'est pas confronté à la douleur, que ce soit de façon directe ou indirecte.

La douleur sévère conduit à s'interroger sur le sens de la vie. Cela vaut-il encore la peine de vivre? Les participants aux groupes de discussion savent que des questions existentielles accompagnent la douleur sévère. Ils témoignent de leur malaise et les questions qui s'y réfèrent leur semblent difficiles; les réponses sont différées dans le temps.

Disposer de réponses claires aux questions existentielles constitue sans nul doute le pré-requis pour lequel on souhaite s'engager sur le terrain de la douleur.

Ce refoulement témoigne aussi dans une certaine mesure de ce que nous n'avons pas intégré le phénomène de la mort dans notre culture.

La douleur sévère, cancéreuse, est inconcevable pour celui qui n'en est pas la victime. Les seuls points de repère

sont constitués par des douleurs aiguës, comme la migraine ou une rage de dent. S'imaginer une douleur plus intense, c'est s'imaginer mourrir. Les participants n'ont donc pu parler que de certains types de douleurs (rage de dent, accouchement, etc.). Ceux-ci laissent supposer dans une certaine mesure ce que pourrait être une douleur sévère.

Pour ces douleurs aiguës, les participants établissent le plus souvent un lien de cause à effet ("j'ai mal à la tête parce que j'ai trop bu d'alcool") et peuvent être soulagés par des médicaments qu'ils connaissent. L'individu se sent donc en situation de maîtrise et de contrôle, ce qui n'est pas le cas pour une douleur chronique.

La douleur se réfère également à la notion de péché: on a mal en raison de comportements inavouables. Ce symptôme rappelle à certains que l'être humain naît, vit et meurt dans la souffrance. Parler de la douleur à un moment où on ne souffre pas peut constituer une provocation. Ne pas en parler (ne pas s'informer?) revient à poser un acte conjuratoire.

### L'utilité de la douleur

L'information est également rendue difficile par le fait que la douleur ne constitue pas le seul problème de la maladie nécessitant des interventions spécifiques. La douleur n'est qu'un symptôme et s'associe à une maladie sous-jacente.

De plus, la douleur se voit attribuée des significations positives: elle constitue un signal d'alarme, une aide au diagnostic, elle permet de suivre l'évolution de la maladie et représente un moyen de communication entre le malade et son entourage. Tant que la douleur est présente, on peut parler de sa détresse tandis que la maladie sous-jacente est indécible. Toujours selon les participants, la prise de médicaments opiacés permettant d'atténuer ou d'éliminer la douleur sévère ôte au malade ce moyen de communication secondaire.

La maladie est objective tandis que la

santé; faire face et lutter contre la maladie<sup>29</sup>.

Le renforcement du comportement, selon les expériences antérieures de la personne ou sa capacité à utiliser les expériences d'autrui, exerce une influence sur la confiance que la personne s'accorde pour agir.

Cette notion de confiance en soi s'associe étroitement avec le concept de source de détermination<sup>30</sup>. Ce concept explique pourquoi le comportement d'une personne est fondé sur sa propre expérience ou au contraire sur celle des autres ou selon les lois du hasard. La source de détermination peut cependant être modifiée par l'expérience et la confiance que la personne développera. Ces notions sont également en relation avec le concept d'estime de soi qui constitue un facteur prépondérant dans le développement d'une saine personnalité<sup>31</sup>. Une personne avec une faible estime de soi développe une source de détermination externe ainsi que la tendance à s'en remettre aux seuls professionnels de la santé pour orienter ses actions. Une telle personne ne participe pas à la prise de décision et donc ne pratique pas l'autogestion.

Le modèle proposé tient également compte de notions déjà identifiées dans certains modèles et théories d'apprentissage. La participation de la personne à la prise de décision constitue véritablement la base de tout processus d'autogestion. Associé au développement d'habileté, à la notion de compétence ainsi qu'à l'anticipation des effets, ces concepts sont directement en relation avec la théorie d'auto-efficacité (self efficacy)<sup>32</sup>.

Les besoins et les valeurs abordés dans la seconde partie du modèle s'appuient directement sur les modèles de Maslow<sup>26</sup> et de Rokeach<sup>27</sup>. Ces notions sont de plus en plus utilisées en éducation pour la santé puisque les besoins sont le fondement du volet éducation pour la santé du Programme de Formation Personnelle et Sociale<sup>33</sup> et les valeurs sont reprises dans une approche développée aux États-Unis par Sweeting en éducation pour la santé<sup>34</sup>.

Valeurs et attitudes sont des éléments mis en relation avec le passage à l'action que l'on retrouve dans le modèle de l'action raisonnée<sup>35</sup>. Ce dernier touche la notion de connaissance,

d'attitude et d'intention. Les valeurs influencent les attitudes et sont déterminantes dans la façon dont la personne exprimera ces valeurs et résistera ainsi aux pressions et attentes de l'extérieur.

Le modèle d'autogestion de la santé proposé ici diffère des approches traditionnelles d'intervention qui se concentrent principalement sur l'élaboration d'activités en relation avec les habitudes de vie. Ainsi ces programmes n'impliquent pas la personne au premier niveau décisionnel. Les situations d'observation, même si elles donnent l'impression que la personne agit de façon autonome, contrôlent cette dernière en lui indiquant où et quand elle doit appliquer les habiletés apprises. C'est l'intervenant qui gère et non le client. Le modèle qui se rapproche le plus des notions abordées dans ce modèle d'autogestion est celui de Green<sup>20</sup>. Son approche éducative identifie des facteurs prédisposants la personne à l'action. Les besoins, les valeurs, les connaissances constituent de tels prédisposants. Le développement d'habiletés et l'établissement d'un réseau de support social constituent des facteurs facilitateurs. La réussite dans la mise en pratique d'un programme et son succès éventuel en constitue le facteur de renforcement.

### Conclusion

L'autogestion, en tant que stratégie éducative appliquée à la santé, permet non seulement de transmettre des connaissances, de faciliter l'apprentissage d'habiletés, et de mettre en pratique ces nouveaux acquis, mais encore permet à la personne de participer à la prise de décision.

Dans cette optique, l'autogestion doit être une stratégie utilisée consciemment et volontairement; autrement il ne s'agit que d'une stratégie purement instrumentale comme tant d'autres et qui n'exerce que peu d'influence sur le comportement de la personne.

Cette stratégie d'autogestion fut mise à profit dans le secteur thérapeutique, mais très peu en faveur de la promotion de saines habitudes de vie chez des personnes en bonne santé. L'application et l'évaluation d'un programme type permettra de vérifier l'efficacité de l'autogestion comme stratégie en éducation pour la santé.

Gilles Harvey, Ph.D., Professeur, Département de Kinanthropologie, Université du Québec à Montréal ■

### Références

1. Gartner, A. & Riessman, F. (1976). Self-help models and consumer intensive health practice. *American journal of public health*, 66, pp. 783-786.
2. Levin, L.S. (1976). The layperson as a primary care practitioner. *Public health report*, 91, pp. 206-210.
3. Shirreffs, J.H. (1978). The relevance of health education to health activation and self care. *Journal of school health*, septembre, pp. 419-422.
4. Dumais, A. & Lévesque, J. (1986). *L'auto-santé des individus et des groupes au Québec*. Québec: Institut Québécois de Recherche sur la Culture.
5. Ferguson, M. (1981). *Les enfants du verseau: pour un nouveau paradigme*. Paris: Calman-Lévy.
6. Nutbeam, D. (1986). Glossaire de la promotion de la santé. Dans La promotion de la santé: une perspective une pratique *Santé Société*.
7. Hentges, K. (1978). Health activation, education for self-care. *Health Education*, July/August, pp. 31-32.
8. Johnson, K. (1979). On teaching self care. *Medical self care*, 6, pp. 34-38.
9. Kanfer, F.H. & Gaelick, L. Self-management methods. Dans Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P. (Eds). (1986). *Helping people change: a textbook of methods*. 3rd. ed. New York: Pergamon Press.
10. Stotland, E. & Blumenthal, A.L. (1964). The reduction of anxiety as a result of the expectation of making a choice. *Canadian Journal of Psychology*, 18(2), pp. 139-145.
11. Langer, E.J., Janis, I.L., & Wolfer, J.A. (1974). Reduction of psychological stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, pp. 155-165.
12. Parcel, G.S. (1976). Skills approach to health education: A framework for integrating cognitive and affective learning. *Journal of school health*, 46(7), pp. 403-406.
13. Petosa, R. (1986). Enhancing the health competence of school-age children through behavioral self-management.

ment skills. *Journal of school health*, 56(6), pp. 211-214.

14. Mahowald, M.L., Steveken, M.E., Young, M., & Steven R.Y. (1988). The Minnesota arthritis training program: emphasis on self-management, not compliance. *Patient education and counseling*, 11, pp. 235-241.

15. Horowitz, L.G. (1985). The self-care motivation model: theory and practice in healthy human development. *Journal of school health*, 55(2), pp. 57-61.

16. Etzwiller, D.D. (1980). Teaching allied health professionals about self-management. *Diabetes care*, 3(1), pp. 121-123.

17. Thoresen, C.E., & Kirmil-Gray, K. (1983). Self-management psychology and the treatment of childhood asthma. *Journal of allergy and clinical immunology*, 72(5), pp. 586-605.

18. Lorig, K. & Gonzalez, V. (1992). The integration of theory with practice: a 12-year case study. *Health Education Quarterly*, 19(3), pp. 355-368.

19. Klingelhofer, E. & Gershwin, E.M. (1988). Asthma self-management programs: premises, not promises: review article. *Journal of asthma*, 25(2), pp. 89-101.

20. Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning*.

*An educational and environmental approach*. (2nd ed) Mountain View: Mayfield Publishing Co. 406.

21. Taylor, V. (1990). Health education: a theoretical mapping. *Health Education Journal*, 49(1), pp. 13-14.

22. French, J. (1990). Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion. *Health Education Journal*, 49(1), pp. 7-10.

23. Kirshoffer, E. Education pour la santé. Dans Jeanneret, O., Sand, E.A., Deschamp, J.P. & Manciaux, M. (1983). *Les adolescents et leur santé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, Paris: Flammarion médecine et sciences.

24. Association Canadienne de Santé Publique, Organisation mondiale de la Santé & Santé et Bien-être social Canada (1986). *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*.

25. Tones, K. (1990). Why theorize? Ideology in health education. *Health Education Journal*, 49(1), pp. 2-6.

26. Maslow, A. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

27. Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

28. Association pour la Santé Publique du Québec. (1992). Points

saillants du projet de déclaration québécoise sur la promotion de la santé et du bien-être. *Bulletin de Santé Publique*, 13(3), p. 4

29. Association Québécoise pour la Promotion de la Santé. Dans Mongeau, S. (1986). *Pour une nouvelle médecine*. Montréal: Québec/Amérique.

30. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*, 80 (whole No. 609).

31. Mull, S.S. (1991). The role of the health educator in development of self-esteem. *Journal of School Health*, 22(6), pp. 349-353.

32. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological review*, 84(2), pp. 191-215.

33. Ministère de l'Éducation du Québec (1984). *Programme de Formation Personnelle et Sociale: Volet éducation à la santé*. Québec: MEQ.

34. Sweeting, R.L. (1990). *A values approach to health behavior*. Champaign: Human Kinetics Book.

35. Fishbein, M. & Ajzen, I. (1984). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction in theory and research* (2nd ed.). New York: Random House.

Brabant wallon).

- les problèmes de pathologies liées à l'alimentation (l'obésité, par exemple), la détérioration de l'hygiène corporelle ou dentaire;

- les pathologies respiratoires;
- les pathologies chroniques (tuberculose,...);

- les affections ostéoarticulaires.

Ces constats théoriques guident nos actions.

### Quelques exemples

- Une assistante sociale d'un C.P.A.S. urbain de l'ouest du Brabant wallon est chargée de la formation continuée des aides familiales dont elle s'occupe. Celles-ci sont confrontées aux problèmes de dépression des personnes dont elles s'occupent. L'assistante sociale a contacté la C.L.C.: " Je dois parler aux aides familiales de la dépression. Est-ce que vous avez quelque chose là-dessus? "

Après avoir réfléchi avec elle sur les objectifs, enjeux, moyens humains et matériels disponibles et sur la méthode à adopter, nous l'avons accompagnée dans sa recherche de documents pédagogiques adaptés: des fiches explicatives et une cassette vidéo.

- Une assistante sociale du C.P.A.S. de Tubize appelle la C.L.C.: " Je suis souvent en contact avec des clients qui sont alcooliques et je ne sais pas quoi faire. Est-ce qu'il existe un livre qui explique comment faire? "

La coordinatrice l'a aidée à définir sa problématique, à l'inscrire dans un environnement global de prévention, à définir des objectifs de promotion de la santé dans son travail. Elle l'a orientée dans sa recherche de documents pédagogiques, notamment en l'informant de l'organisation d'un colloque autour du thème: " la santé: l'affaire du travailleur social? "

- Une assistante sociale du service promotion de la santé du C.P.A.S. d'Ottignies souhaite une aide pour organiser une conférence tous publics sur les problèmes de dos, à l'occasion des vingt ans de la loi organique. Le choix de ce thème s'explique par la volonté du C.P.A.S. d'ouvrir ses portes à l'ensemble de la communauté ottinoise, tout en sachant que des problèmes spécifiques de ce type existent parmi le personnel (aides familiales, puéricultrices,...) ainsi que parmi les

bénéficiaires d'aides sociales.

L'objectif est de proposer au public des informations simples, claires et pédagogiques tout en conservant à cette journée un esprit festif. L'orientation suggérée par la C.L.C. est celle d'établir un partenariat avec une école du dos et d'envisager une action à plus long terme en ciblant des publics. Notre souhait est d'attirer l'attention sur l'inefficacité d'actions trop ponctuelles tout en préservant les choix du C.P.A.S.

- Une assistante sociale du C.P.A.S. de Tubize est chargée de la formation continuée de gardiennes encadrées. Elle constate des problèmes de communication, de stress, de violence et demande l'aide de la C.L.C. à ce niveau. La coordinatrice l'invite à réfléchir aux besoins des gardiennes (et à la manière de faire émerger ceux-ci), aux objectifs, à la méthode à utiliser et aux moyens d'évaluer le projet.

Outre l'aide documentaire et méthodologique fournie, elle l'informe de la tenue prochaine d'un congrès sur le thème de la résolution de conflit.

Tout au long de l'article, tant les références théoriques que les exemples pratiques nous montrent les collaborations et liens possibles entre les C.P.A.S. et les C.L.C.

Avec Rochon, nous considérons la promotion de la santé comme un facteur de développement social: " *Aujourd'hui la promotion de la santé se doit d'articuler les approches micro et macro-sociales. Elle se doit d'associer une volonté d'intégration sociale et économique à un regard de développement de l'homme.* " (Rochon J., " *Faire de la santé pour tous un facteur de promotion sociale* ", *Le social dans la santé*, 1992, Namur, p. 8)

Nous croyons qu'il est bénéfique de poursuivre dans cette voie, de renforcer les liens entre le social et la santé: la C.L.C. du Brabant wallon organise depuis un an une permanence délocalisée au CPAS de Tubize. La proximité géographique facilite les collaborations entre la coordinatrice et les travailleurs sociaux.

Enfin, nous nous réjouissons de la place accordée au secteur social dans la revue *Education Santé*. A ce propos, la revue, lien entre les relais actifs en promotion de la santé, ne pourrait-elle être diffusée davantage auprès des

travailleurs sociaux des C.P.A.S. de la Communauté française?

Anne Geraets et Viviane Demortier, Coordinatrices de la C.L.C. du Brabant wallon ■

### Bibliographie

FATRAS, J., GOUDET, B., " RMI et santé " collection " La santé en action ", CFES, Vanves, 1993, 320p.

MIZRAHI, A., MIZRAHI, A., LECOMTE, T., " Les bénéficiaires du RMI fréquentant les soins de santé gratuits ", CREDES, Paris, 1991, 65p.

HUI QIAN CONG, " Les nouveaux patients des centres de soins gratuits en 1990. Français, maghrébins, étrangers ", CREDES, Paris, 1991, 58p.

DAHL, E., JAERGAARD, P., " Social mobility and inequality in mortality ", *European journal of public health*, n°3, 1993, pp 124-132.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT, " La santé dans la Belgique fédérale et ses communautés; situation actuelle et tendances ", Ministère de la santé publique et de l'environnement, Bruxelles, 1993, 191p.

LAGASSE, R., HUMBLET, P., LENAERT, A., GODIN, I., MOENS, G., " Health and social inequalities in Belgium ", *Social Science and medicine*, n°31, 1990, pp237-248.

FONDATION LOUIS DE BROUCKÈRE, " La santé et les inégalités sociales ", Rapport annuel de la Fondation Louis de Brouckère, Bruxelles, 1989, pp 1-138

CIMP, " Le non-emploi: ses répercussions sur la famille, sur la santé ", séminaire inter-provincial du 6 septembre 1994, Namur, 1995, 93p.

DIVERS AUTEURS, " Le social dans la santé ", Compte rendu du congrès " Le social dans la santé ", octobre 1992, Namur, 1992, 181p.

LESIAU, A., THOMAES-LODEFIER, M.-C., " Recueil des principales dispositions légales relatives aux C.P.A.S. ", Union des villes et des communes de wallonie, Bruxelles, 1995, 248p.

LECHIEN, X., " L'assistant social, futur partenaire de la promotion de la santé? ", *Education Santé*, n°104, janvier-février 1996, pp4-5.

VANKEERBERGHEN, J.-P., " Les pauvres des CPAS ", *Le Généraliste*, n°327, 29 mai 1996.

CARTON, B., NEIRINCK, P.-M., et al, " Rapport général sur la pauvreté ", Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1995, 424p.

LARROSE, B., " La conflictualité en éducation pour la santé ", *Education Santé*, n°109, juillet-août 1996, pp5-7.

## Une jeunesse en quête de sens

**La jeunesse est confrontée aujourd'hui à une crise sans précédent. Elle doit se socialiser au sein d'un monde adulte bousculé dans ses repères et ses valeurs. Elle tente par ses comportements à combler le vide créé par la crise des cultures sociales de la société française. Elle débouche ainsi à la fois sur des comportements de décomposition et sur des attitudes d'innovation.**

### La crise des cultures sociales

Les principales cultures sociales de la société française sont déstabilisées par la crise qui secoue notre société. Les jeunes d'aujourd'hui sont de ce fait des enfants de la crise. Celle-ci est loin de ne se limiter qu'à l'aspect économique. Ce qui est déstabilisé, ce sont les mécanismes de socialisation et les canaux classiques donneurs de sens à l'existence. Nous nous limiterons pour cet article à la jeunesse de milieu populaire, mais des processus similaires sont observables pour l'ensemble de la jeunesse.

Celui-ci est beaucoup plus qu'un simple gagne pain. Il est perçu comme nécessité vitale, donneuse de dignité et de fierté de soi. C'est également lui qui donne droit de cité et droit de participation aux discussions et décisions au sein de la famille. Il constitue enfin un véritable rite de passage à l'âge adulte. Les jeunes de milieu populaire ont intégré cette conception du travail au travers de leur socialisation familiale. Confrontés au chômage et aux mesures précaires, ils vivent un processus de dévalorisation de leur image, porteur d'une grande souffrance. Ils sont également touchés par la question de leur utilité sociale. Ne travaillant pas, ils se sentent inutiles et dépendants. La

### La perte du travail

Le monde populaire est centré sur le travail comme valeur structurante.

## ■ L'interaction entre social et santé vue d'une Commission Locale de Coordination

### Introduction

Le social dans la santé...

La santé dans le social...

Quelle en est la signification?

Dans un article très intéressant d'un numéro précédent, Bruno Larrose nous interpelle:

*" La santé est considérée comme un droit pour tous. Que signifient les actions d'éducation pour la santé lorsque les inégalités d'accès aux autres droits fondamentaux sont criantes (logement, travail, éducation)?"*

*Que signifie faire appel à la responsabilité (au risque d'augmenter la culpabilité) face aux comportements et modes de vie individuels, lorsque les déterminants principaux de la santé sont sociaux, culturels, de formation, de condition de travail et de rémunération?"* (Larrose B., "La conflictualité en éducation pour la santé", Education Santé, n°109, p5).

A l'aube de l'an 2000, que pouvons-nous faire?

Le vingtième anniversaire du vote de la loi organique des Centres Publics d'Aide Sociale (C.P.A.S.) nous donne l'occasion d'insister sur les liens unissant le travail social et la promotion de la santé, les C.P.A.S. et les C.L.C.

Simple préoccupation théorique de coordinatrices?

Nous ne le croyons pas.

Nous verrons qu'au niveau des principes énoncés et des textes législatifs, l'évolution des secteurs social et sanitaire est liée.

Au-delà des aspects théoriques, l'existence d'une collaboration entre des C.P.A.S. et la C.L.C. nous amène à partager ensuite quelques expériences réalisées sur le territoire du Brabant wallon. Nous souhaitons que celles-ci ouvrent des pistes de réflexion pour des actions futures.

### Quelques repères

#### En ce qui concerne les C.P.A.S.

Le 8/7/1996, les C.P.A.S. ont fêté à leur manière les vingt ans du vote de la

loi organique. Celle-ci confirme l'ouverture du travail social vers d'autres domaines que l'assistance.

La loi organique du 8 juillet 1976 décrit les missions des C.P.A.S. Celles-ci, très vastes, incluent le travail préventif et mettent l'accent sur les aspects sanitaires.

" Le centre public d'aide sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative mais encore une aide préventive. Cette aide peut être médicale, matérielle, médico-sociale ou psychologique ". (Article 57)

Tout en restant assez générale dans les termes employés, la loi prévoit que le C.P.A.S. puisse proposer aux institutions et services déployant une action sociale des collaborations qui visent à répondre aux besoins individuels ou collectifs. (Article 62)

Élément d'une réflexion sociologique constante, la loi n'oublie pas que l'accès au bien-être physique et mental passe par la lutte contre l'exclusion sociale dans toutes ses formes.

#### Au niveau de la promotion de la santé

Depuis la deuxième moitié du vingtième siècle, les textes qui définissent les politiques de santé publique et de promotion de la santé considèrent le développement social comme fondamental. Témoins de cette " complémentarité ", voici quelques repères chronologiques choisis parmi les déclarations, principes et textes législatifs relatifs à la promotion de la santé.

En 1946, l'OMS définit la santé (de façon idéaliste certes): la santé est un état de complet bien-être physique, psychique et social.

En 1974, le rapport Lalonde conclut que la santé se trouve tributaire de quatre éléments principaux: la biologie humaine, l'environnement, les styles de vie et l'organisation des soins de santé.

En 1978, la conférence d'Alma Ata considère la santé comme un droit fondamental et insiste, dans ce but, sur la

nécessaire coopération de secteurs socio-économiques autres que la santé.

En 1981, la " stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 " poursuit dans le même sens: " les problèmes de santé et les problèmes socio-économiques sont entièrement liés ".

En 1986, enfin, la charte d'Ottawa écrit: " Toute amélioration au niveau de la santé est nécessairement ancrée sur quatre éléments de base: la paix, un abri, de la nourriture et un revenu ".

Nous le constatons d'emblée: les liens théoriques entre les secteurs social et sanitaire sont clairement affirmés. Pas de promotion de la santé sans développement social; pas de travail social sans action sanitaire préventive.

La compréhension de l'individu dans sa dimension holistique n'échappe pas aux préoccupations des coordinatrices de la C.L.C.

Le choix d'un travail de collaboration avec les C.P.A.S. montre notre adhésion aux principes énoncés et notre souhait de développer les synergies avec ce secteur.

Partant du même constat, des travailleurs sociaux ont pris des initiatives préventives ou développées des projets en collaboration avec la C.L.C. du Brabant wallon.

#### Que constatons-nous aujourd'hui?

Sans qu'il n'y ait de pathologies spécifiques des bénéficiaires d'une aide sociale, des auteurs (comme R.Lagasse, P.Humblet,... voir la bibliographie jointe au présent article) observent des pathologies rencontrées massivement par l'ensemble de la population pauvre:

- les problèmes de santé mentale (dépression, anxiété, diverses formes d'assuétudes: alcoolisme, toxicomanie, psychotropes):

" Ce qu'on remarque ce sont des problèmes de nerf, de déprime, de tendance à l'alcoolisme, de drogue ou de dépendance aux médicaments. C'est plutôt un état dépressif. " (dixit une assistante sociale d'un C.P.A.S. rural du

question du sens de leur existence n'a plus de réponse évidente.

La toxicomanie comme épreuve et comme oubli, les comportements à risque comme défi, les comportements suicidaires, etc., constituent autant de recherche de limites, de reconnaissance et de sens. A l'inverse d'autres comportements des mêmes jeunes constituent une tentative de dépasser la crise vécue de manière structurante et positive. L'investissement dans les sphères du loisir et du sport, l'intérêt pour toutes les activités de communication, de relation et de débat, l'attachement aux espaces-temps communautaires et collectifs, etc., sont des expressions de ces tentatives de s'en sortir malgré un climat de crise et de déstructuration de leur environnement.

#### La crise des repères structurants

Le travail est aussi en milieu populaire le mécanisme donneur des temporalités de bases. Les repères de temps de la famille sont articulés à ceux de l'entreprise, au travers des horaires du père de la famille. Les heures des repas tiendront par exemple compte de l'heure de retour du père. Il en est de même pour les activités de sortie, de loisir, de visite des amis, etc. Au niveau hebdomadaire, le dimanche et les jours fériés acquièrent du fait de la présence du père à la maison et de sa disponibilité une signification particulière. Au niveau annuel le même mécanisme joue pour donner une place particulière aux congés payés du père.

Confrontés à un monde sans emploi, les jeunes de milieux populaires se retrouvent souvent dans un vide de temporalité. Les journées se suivent et se ressemblent. C'est ce qu'ils expriment par l'expression " galère ", en tant que répétition permanente d'instant indifférenciés. De nouveau, les réactions à ce vide de repères sont doubles. Elles sont de décomposition lorsque cela conduit à un déconnectage d'avec les rythmes sociaux à un isolement vis-à-vis du monde adulte qui reste structuré par les repères classiques. Elles sont aussi d'innovations lorsque cela

conduit à l'adoption de rythmes moins stressés et d'activités plus diversifiées.

Les mêmes processus de crise, de décomposition et d'innovation sont en oeuvre à propos des repères d'espaces, des rencontres intergénérationnelles, des groupes d'appartenances et des liens de sociabilité, etc.

#### Les perturbations des repères d'âges et de sexes

A ces facteurs propres aux jeunes de milieux populaires s'ajoutent d'autres mutations sociales concernant l'ensemble des jeunes. Il s'agit des perturbations des repères d'âges et de sexes qui ont commencé depuis plusieurs décennies mais qui prennent dans le contexte de crise une signification nouvelle.

Au niveau des repères d'âges notre siècle se caractérise par une inversion des valorisations des différents âges sociaux. Jusqu'à une époque encore récente, le vieillissement physique de la personne était compensé par une augmentation de sa valorisation sociale. Chaque âge social avait son rôle, son statut, ses obligations et des droits précisément définis. Des rites de passage assuraient une solennité sociale à l'accès à un nouvel âge: le mariage, le service militaire, l'accès au premier emploi, la retraite, etc. La valorisation croissante des âges de la vie était créatrice d'une tension vers le futur et d'une envie de grandir. L'aspect contraignant était compensé par la dimension repérante. La société de consommation et les Trente Glorieuses ont diffusé d'autres valorisations des âges de la vie.

Désormais c'est la seule jeunesse qui est considérée comme une période valorisante et valorisée de l'existence. Celle-ci devient le symbole du beau, du fort et du souhaitable. La hantise de nombreux adultes est de demeurer jeunes tant au niveau de l'apparence que du comportement. Cela n'est certes pas négatif en soi, mais il semble bien que le monde adulte ait sous-estimé les conséquences sur les

nouvelles générations. En particulier, de nombreux jeunes ne trouvent plus dans notre société les confrontations nécessaires avec leurs aînés qui sont pourtant nécessaires pour se structurer et se stabiliser.

Au niveau des repères de sexes, nous entrons également dans une période de turbulence. La remise en cause des repères classiques basés sur une domination de la femme n'a pas été accompagnée d'une redéfinition nouvelle des repères de sexes. Il en découle pour les nouvelles générations une difficulté plus grande à se forger une identité sexuelle assumée et épanouissante. Cela n'est pas sans conséquence sur les difficultés d'entrer en relation avec l'autre, sur les pratiques sexuelles, sur le rapport au risque, du fait des maladies sexuellement transmissibles.

Les épreuves vécues par les nouvelles générations sont sans commune mesure avec celles que les adultes ont eu à affronter dans leur propre jeunesse. Elles ont à se construire des identités dans un monde instable et déstabilisant. Pourtant, le regard adulte reste souvent centré sur les dimensions morales, comparatives et de jugements. Ce faisant, le comportement des adultes débouche souvent sur un isolement encore plus grand de la jeunesse au moment même où elle a plus que jamais besoin de se confronter, d'être reconnue dans ses capacités et ses difficultés. Face à ces difficultés, les jeunes réagissent et innoveront dans des formes qui peuvent nous questionner mais qui sont souvent les seules à leur disposition. Il me semble urgent de diminuer rapidement cet isolement générationnel qui est contradictoire avec la notion même de société et qui est porteur de nombreux dangers.

Saïd Bouamama, sociologue ■

Contact: EES-IFAR - 22, rue Halévy - 59000 Lille

Cet article a été publié dans Contact Santé, journal de promotion de la santé du Nord - Pas-de-Calais, n°102, février 1996. Nous le reproduisons avec son aimable autorisation.

## L'obésité

L'obésité, ou excès de poids, fait partie, avec le tabagisme, un environnement stressant, une consommation excessive d'alcool et le manque d'exercice physique, d'un groupe de facteurs de risque liés au mode de vie et responsables d'une morbidité et d'une mortalité croissantes par maladies non transmissibles.

Parmi les maladies non transmissibles figurent notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les affections respiratoires et rhumatismales chroniques, les maladies bucco-dentaires, les troubles génétiques mais aussi la prédisposition génétique aux maladies. La plupart des maladies non-transmissibles sont liées au développement économique, aux modes de vie et, plus particulièrement, à une alimentation inadéquate et au vieillissement. Elles sont dans bien des cas évitables.

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé, les principales maladies non transmissibles sont responsables aujourd'hui d'au moins 40% des décès dans les pays en développement et 75% dans les pays industrialisés, où les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité et le cancer la troisième.

### Qu'est-ce que l'obésité et comment la mesure-t-on?

L'obésité est souvent le résultat d'habitudes alimentaires malsaines associées à un mode de vie sédentaire. Lorsque l'apport énergétique de l'alimentation dépasse les dépenses énergétiques, l'excédent est stocké sous forme de graisse (triglycérides) dans le tissu adipeux. Le stockage d'énergie fait partie de la protection naturelle de l'organisme contre la faim et est indispensable à la survie en cas de rarefaction des aliments.

Toutefois, lorsqu'il devient la règle et non plus l'exception, il conduit à l'obésité, que l'on peut décrire comme le point au-delà duquel l'importance du stockage lipidique est associée à une nette augmentation des risques pour la santé.

La masse grasse est toutefois difficile à mesurer chez l'homme. La définition pratique de l'obésité s'appuie par conséquent sur ce que l'on appelle l'indice de masse corporelle, ou indice de Quételet, qui associe la taille et le poids (kg/m<sup>2</sup>); différentes valeurs élevées de cet indice, associées à des risques pour la santé, sont exprimées par des degrés différents de surpoids plutôt que par des degrés différents d'obésité.

Afin de déterminer l'importance du surpoids chez l'adulte, le Comité OMS d'experts des caractéristiques physiques propose d'adopter les seuils de 25, 30 et 40 pour l'indice de Quételet, qui correspondent aux degrés 1, 2 et 3 de surpoids.

Considérés isolément, ces seuils ne constituent pas des cibles pour les interventions. Ils doivent toujours être interprétés en tenant compte d'autres déterminants de la morbidité et de la mortalité (maladie, tabagisme ou tension artérielle, par exemple). De même, l'utilisation de l'indice de Quételet pour classer les individus peut conduire à de mauvaises interprétations en raison des différentes contributions au poids corporel de la masse osseuse, de la masse musculaire et des lipides organiques. Le pourcentage de graisse corporelle augmente avec l'âge et est plus élevé chez la femme que chez l'homme.

### Situation mondiale

Le surpoids est un problème de santé publique important. Le surpoids de degré 2 est relativement fréquent dans la plupart des sociétés industrialisées mais également dans un grand nombre de pays en développement. Jusqu'à 20% des Européens et des Blancs aux Etats-Unis d'Amérique présentent un surpoids de degré 2 entre 20 et 60 ans.

Ce chiffre passe à 40% chez les femmes des pays d'Europe de l'Est et de la Méditerranée et chez les femmes noires aux Etats-Unis.

L'OMS a décidé de constituer une banque de données sur la prévalence mondiale de l'obésité. Elle envisage également la création d'un groupe spécial international sur l'obésité. Ces deux mesures permettraient aux ex-

perts d'étudier les facteurs qui contribuent à l'apparition de l'obésité, de définir les tendances actuelles, de prévoir les tendances futures et de faire des recommandations pratiques concernant la prévention de l'obésité et sa prise en charge.

### Déterminants importants

Les facteurs sociaux, culturels, comportementaux, biologiques et génétiques ont toujours été des déterminants importants à la fois de l'apport et de la dépense énergétique dans toute société.

Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la prise de poids excessive. Il est évident qu'en situation de richesse, la prise de poids peut résulter d'une prédisposition génétique. Ce qui reste inconnu, c'est le mécanisme par lequel les facteurs génétiques exercent leur influence. Il est probable qu'un grand nombre de gènes sont impliqués et qu'ils interviennent à la fois dans la dépense et dans l'apport énergétique. Les populations exposées à des apports alimentaires inadéquats ou variables seraient génétiquement sélectionnées pour avoir un haut niveau d'efficacité, qu'il s'agisse de l'utilisation des calories ou du stockage des graisses. Si la disponibilité alimentaire augmente, cette remarquable efficacité peut entraîner une augmentation de la prévalence du surpoids. Dans une population riche où les individus ont des valeurs et des ressources socio-économiques semblables, les facteurs génétiques deviennent relativement plus importants dans le déterminisme de l'obésité des sujets.

Les facteurs biologiques jouent un rôle important. Dans un grand nombre de pays riches, la prévalence du surpoids de degrés 1 et 2 chez l'homme augmente avec l'âge jusqu'à environ 55 ans puis atteint un palier avant de finalement diminuer un peu dans la vieillesse. Chez la femme, la prévalence continue à augmenter jusqu'à un âge avancé puis se maintient. Des études transversales réalisées dans les pays riches ont également montré que l'indice de Quételet augmente en général avec le nombre de grossesses. En moyenne, le poids à différents moments après

l'accouchement est de 0,5 à 2,4 kg supérieur au poids avant la grossesse.

La situation socio-économique est un déterminant majeur de l'excès de poids. Dans la plupart des sociétés d'abondance, on observe une relation inverse entre la situation socio-économique (mesurée en fonction du niveau d'études et/ou de la profession) et la prévalence de l'excès de poids. Dans les sociétés où il y a pénurie de nourriture, ne pas être mince est culturellement souhaitable et le surpoids peut être considéré comme une marque visible de prospérité et de rang social élevé. La période qui marque la transition entre un état de pauvreté et une société prospère s'accompagne habituellement d'une augmentation générale de la taille, du poids et de l'adiposité abdominale. En revanche, dans les sociétés riches, c'est la minceur que l'on recherche, l'excès de poids étant considéré comme un signe de faible rang socio-économique.

Les déterminants comportementaux sont notamment le manque d'exercice physique, la consommation d'alcool et le tabagisme. Les personnes inactives risquent davantage de prendre du poids. Par ailleurs, il est maintenant nettement prouvé que l'activité physique est associée à une distribution plus favorable des lipides, c'est-à-dire à une plus faible proportion de graisse viscérale pour un indice de Quételet donné.

Une mise au point récente portant sur 31 études, dont 16 réalisées aux Etats-Unis, a conclu que la relation entre la consommation d'alcool et l'excès de poids était positive pour les hommes et négatives pour les femmes.

D'après les études qui ont été faites sur la consommation de tabac, il apparaît qu'en moyenne, dans la plupart des populations, les fumeurs pèsent moins que les ex-fumeurs, les personnes n'ayant jamais fumé se situant entre les deux.

### Conséquences pour la santé

L'obésité est très largement considérée comme associée à une morbidité et à une mortalité accrues. Il est cependant admis que la plupart des

études sur l'obésité publiées avant 1987 étaient entachées de lacunes méthodologiques. Par exemple, le fait de ne pas prendre en compte l'usage de la cigarette, qui est un facteur de risque important pour la mortalité, et de ne pas avoir apporté les ajustements requis pour tenir compte de l'hypertension, de l'hyperlipidémie et du diabète, a sans doute faussé les résultats de ces études sur l'association entre le poids et la mortalité.

Le surpoids est un facteur de risque majeur pour plusieurs maladies non transmissibles.

- **Cardiopathie coronarienne:** le surpoids est associé à une prévalence accrue des facteurs de risque cardio-vasculaires, tels que l'hypertension, une concentration en lipides sanguins défavorable et le diabète sucré. Une diminution de 10% du poids corporel correspondrait à une diminution de 20% du risque de cardiopathie coronarienne.

- **Infarctus:** l'excès de poids figure parmi les principaux facteurs de risque pour l'infarctus. La graisse abdominale pourrait être associée à des risques accrus, indépendamment de l'indice de Quételet.

- **Hypertension:** l'augmentation du poids corporel est associée à une élévation de la tension artérielle. En moyenne, une perte de poids d'un kg est associée à une diminution de 1,2 à 1,6 mmHg de la systolique et de 1,0 à 1,3 mmHg de la diastolique.

Les cardiopathies coronariennes, l'infarctus et l'hypertension font quelque 12 millions de morts chaque année, soit entre un quart et un tiers de tous les décès dans le monde.

- **Diabète sucré:** le surpoids est un facteur de risque bien connu de diabète sucré non insulino-dépendant (DNID). Chez l'adulte, un gain de poids de plus de 5 kg en huit ans est associé à une augmentation marquée du risque de DNID. Il a été scientifiquement prouvé qu'une perte de poids chez les sujets atteints de DNID améliore la tolérance au glucose et diminue le recours aux hypoglycémiques.

- **Affection de la vésicule biliaire:** l'obésité présente un risque important de formation de calculs biliaires. Le gain de poids est associé à une augmentation du risque, qui est plus prononcée chez la femme que chez l'homme.

- **Arthrose:** les facteurs de risque de cette pathologie sont mal connus mais des observations de plus en plus nombreuses indiquent que le surpoids est associé à l'arthrose au niveau de plusieurs articulations, en particulier les mains et les genoux. Toutefois, les résultats des études transversales doivent être interprétés avec prudence, car la restriction de l'activité physique imposée par l'arthrose peut à son tour entraîner un gain de poids.

- **Cancer:** l'association entre l'excès de poids et l'apparition de tumeurs malignes dans différentes parties du corps varie: l'excès de poids augmente le risque de cancer de l'endomètre et probablement le risque de cancer du sein chez la femme ménopausée. En revanche, la relation entre surpoids et cancer du colon, du rectum, de l'ovaire et de la prostate reste discutable.

- **Autres troubles:** un surpoids présente une relation positive, et la répartition abdominale de la graisse une relation négative, avec la présence de varices. Enfin, la présence de graisse abdominale et l'excès de poids ont été associés à certains troubles endocriniens et à l'infécondité.

L'excès de poids peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé et doit donc être pris au sérieux. Un surpoids de degré 2 (indice de Quételet entre 30,00 et 39,99) nécessite l'attention immédiate de la personne concernée et d'un agent de santé qualifié pour interpréter l'excès de poids en relation avec d'autres facteurs tels que la maladie, l'usage du tabac et la tension artérielle.

Pour les personnes qui ont atteint un surpoids de degré 2, de nombreuses recommandations sont axées sur des régimes amaigrissants. La perte de poids est difficile à maintenir, mais ses conséquences pour la santé à long terme sont positives. Souvent, les personnes obèses qui perdent beaucoup de poids le regagnent plus tard. Des régimes amaigrissants à répétition conduisent à des variations cycliques de poids qui peuvent elles-mêmes être nocives pour la santé.

Extrait de OMS information, n°190, mars 1996.

Pour plus de renseignements: contacter Communications pour la santé et Relations publiques, (41 22) 791 2532. ■

# Les 5 sens

Claire Berthet  
Anne Mortiaux  
Cristine Deliens



Que ce soit au travers d'animations,  
d'expérimentations,  
de supports pédagogiques  
ou des livres repris dans cette sélection,  
nous souhaitons  
- aux petits comme aux grands -  
de surprenantes découvertes  
de ces 'mines de sens' dans tous les sens!



*ma main aime  
bien toucher les  
explosifs*

**Un outil pédagogique,  
vers une approche artistique...**

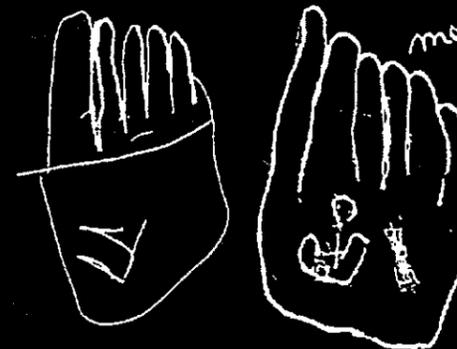
Une publication "Arts d'écoles"  
de la Coordination Education/Santé,  
ZEP/Mission Locale Jeunes de St Gilles

Réalisation:  
Revue Education Santé,  
décembre 1996

Avec le soutien de la Communauté française de  
Belgique et de la Région de Bruxelles-Capitale

*Ma main dort*

*ma main  
qui hurle*





# Les 5 SENS

dans tous les sens

*un outil pédagogique, vers une approche artistique...*

par Claire BERTHET<sup>1</sup>, Anne MORTIAUX<sup>2</sup> et Cristine DELIENS<sup>3</sup>



1. Intervenante en pédagogie artistique, "Arts d'Ecoles"  
2. Artiste et régente en Arts Plastiques, "Arts d'Ecoles"  
3. Sociologue, "Arts d'Ecoles", Coordination Education/Santé de la ZEP/Mission Locale Jeunes de St Gilles.

## Atelier des 5 sens

Marie-José Pillet

Dessain et Tolra

Ce livre propose des pistes très concrètes d'ateliers qui mettent en exercice un sens ou l'autre. C'est un véritable outil qui ouvre des portes à l'imagination.

Marie-José Pillet

## ATELIER DES 5 SENS



dessain et tolra

## L'enfant s'interroge sur son corps

Collection R.Tavernier,

Les Guides du Maître

Ed. Bordas, 1981, Paris.

Un guide fondamental proposant des démarches pédagogiques pour la classe ou ailleurs. Il suggère des approches, lance des questions, décrit des expériences pour approcher le thème de l'enfant et du corps.

Un atout: les passerelles qui lient les thèmes d'apprentissage et les objectifs éducatifs; des propositions qui constituent autant d'invitations à interroger les sens, les moyens perceptifs et à en savoir plus. A conseiller aux parents, enseignants et autres intervenants des secteurs santé, éducation et culturel.

## "Né pour sentir"

CONCEPTION: APEX ASBL

DISTRIBUTION: "LES ALLUMÉS DU PLAT PAYS (02/537.44.21 OU 36.39)

Une exposition itinérante et interactive sur l'odorat principalement mais qui permet d'expérimenter "des croisements de sens" avec l'ouïe et la vue. Autant les plus jeunes (primaires) que les adultes peuvent découvrir ce monde sensoriel dans de nombreux modules attrayants et ludiques. Un questionnaire-jeu sert de guide dans le parcours; les légendes de chaque module ouvrent des pistes éducatives ou exploratoires multiples.

## "Scientastic Museum"

Métro Bourse

Un espace de découvertes et d'éveil à la science au travers d'expériences visuelles et sensorielles étonnantes.

## L'Atelier du Toucher

Marie-José Pillet

Bordas, Dessain et Tolra, 1996

Un ouvrage qui cherche à développer ce sens à travers des jeux tactiles, des visites au musée, des créations originales, et surtout un autre 'regard tactile'. Il donne envie d'explorer, de se lancer, d'admirer.



## Quelques outils pédagogiques

### **Le toucher**

*Malette pédagogique*

Centre d'art Contemporain,

Maison des artistes asbl, (02)735 66 49.

*A adapter en fonction du public*

Cette malette est proposée en location par semaine ou par mois. L'ensemble comprend des diapositives, jeux, livres et objets permettant d'approcher le thème du toucher dans la vie quotidienne et aussi dans la démarche d'artistes contemporains.

### **La malle à voir et la malle à odeurs**

*Malles sensorielles*

Manu Demeulemeester, Daniel Lannoy et Marie-Françoise Poncelet,

Maison de la Culture d'Arlon.

Proposées en location par la Maison de la Culture (063/ 22.04.39- contact: Marc Antoine). Conçues avant tout comme des jouets, ces 2 malles en bois font travailler les sens: les enfants regardent, reniflent, décrivent, imaginent, se racontent... Cet outil d'animation permet à l'enfant de découvrir ses sens au travers d'objets et de sensations.

### **"La vie à plein sens"**

De novembre 92 à mai 95, cette exposition s'est tenue au Musée des Enfants à Ixelles. Elle y a accueilli de nombreuses classes d'enfants. L'expérience d'animation de l'équipe sur cette thématique a sans doute inspiré bien des enseignants ou d'autres intervenants.

### **Eveil musical et sensoriel avec les 2/3 ans,**

Marie-Noelle Biguet,

Nathan pédagogie, 1996, Paris.

Un outil de travail pour construire des séquences pédagogiques où l'enfant est invité à la découverte des objets familiers et des sons qu'ils peuvent produire.



### **Mur tactile avec les 2/6 ans**

Edith Balmier

Nathan Pédagogie, 1994, Paris.

Une manière de travailler dans la durée avec des groupes d'enfants autonomes pour réaliser un ensemble perceptif.



## Avant-propos

Avec l'envie de trouver un support où rassembler nos diverses expériences en matière d'animation pédagogique, nous pensions réaliser une sorte de malette pédagogique. Après avoir observé certaines des malettes existantes, nous nous sommes interrogées sur les principes en échafaudant petit à petit le profil d'une caisse à outils d'explorations. Nous nous sommes vite rendu compte qu'il était plus intéressant de trouver des moyens d'inviter à la conception de ses propres outils et à la collecte de ses matériaux plutôt que de livrer un kit tout fait "prêt à porter" qui nous paraissait figé, trop didactique. L'idée de départ d'une "malette" s'est donc transformée en proposition d'un dispositif de recherche que nous vous présentons ici et que nous espérons être vivant, riche et ouvert. Voici les étapes qui ont articulé la conception de cette démarche pour une autre approche des 5 sens.

## Sommaire

Les objectifs pédagogiques	4
Le rôle de l'éducateur	4
Un parti pris	5
Un état d'esprit	5
Un outil, la "palette"	6
Une manière de procéder en classe	8
Références bibliographiques	13
Une sélection bibliographique commentée sur les 5 sens	14



## Les objectifs pédagogiques

Permettre à l'enfant de réaliser:

- qu'il est le centre de ses perceptions et sensations;
- qu'elles lui sont propres et personnelles;
- qu'il peut les explorer, les affiner, les "nourrir", les exprimer, les partager.

En aiguissant ses sensations, l'enfant élargit sa perception du monde. Il peut mieux agir sur ce qui l'entoure et se donner le plaisir de faire de grandes découvertes.

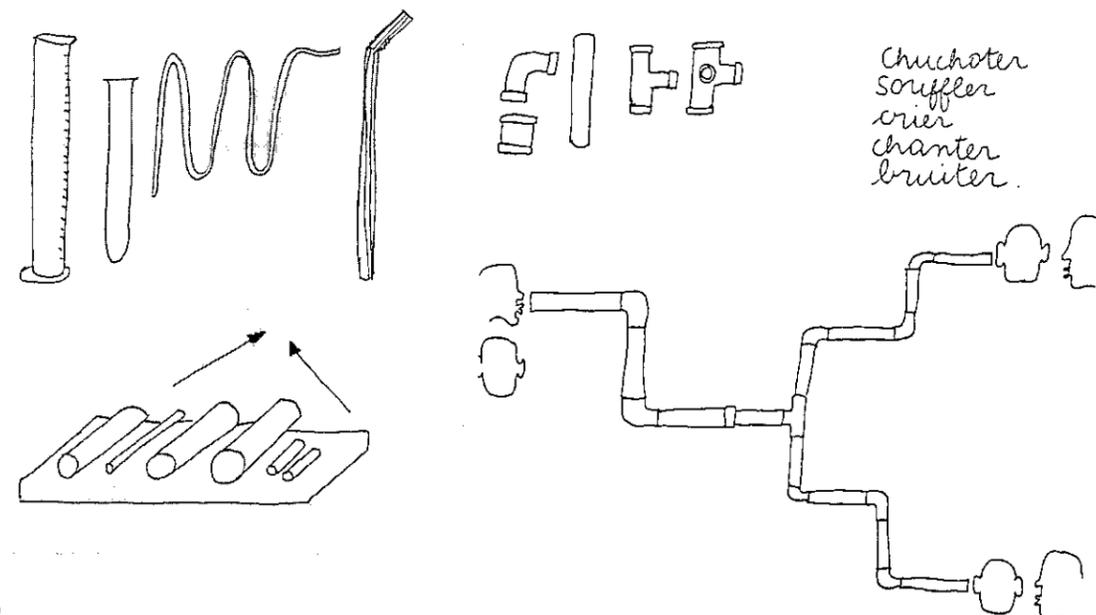
## Le rôle de l'éducateur

(enseignant, parent, animateur, autre intervenant...)

L'exploration des sens est un domaine qui fait la part belle à la subjectivité. En effet, chacun est le centre de ses sensations; celles-ci nous sont propres et personnelles. De plus, l'enfant n'est pas un adulte en attente mais un être qui a sa propre



perception de l'univers qui l'entoure. Il s'agit donc de le respecter comme tel et d'être attentif à ce que les enfants se respectent entre eux. L'éducateur est ici un guide, un meneur de jeu, un mobilisateur de désirs. Il stimule, il structure l'observation, il questionne, il induit l'expression personnelle et collective, il invite - et surtout se laisse inviter - aux jeux d'association libre, aux voyages à travers les sens, aux détournements.



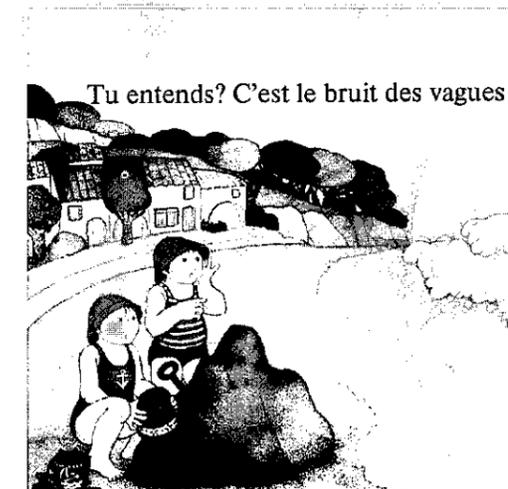
**La vue**  
**L'ouïe**  
**L'odorat**  
**Le goût**  
**Le toucher**

Rius Maria et al.

Ed. Bordas, 1989

Public: de 3 à 5 ans

Série de 5 livres de la collection 'Bibliothèque des tout-petits' illustrant les multiples possibilités de chaque sens avec deux pages pour les éducateurs résumant le fonctionnement de chaque organe sensoriel.

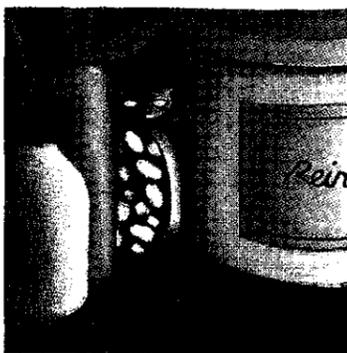
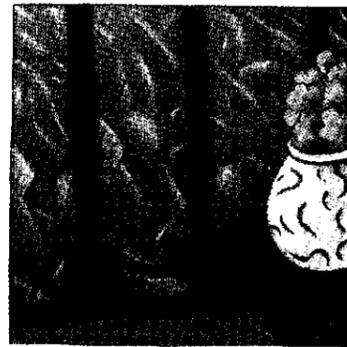


**Les petits riens**

Brami Elisabeth et Bertrand Philippe,  
Ed. Seuil Jeunesse, 1995.

Public: à partir de la 2e maternelle et pour le 1er degré primaire.

Ce petit livre parle "des petits riens qui font du bien et qui ne coûtent rien". D'un côté, une phrase qui met en mots une sensation, une expérience, un sentiment... De l'autre, une image qui colorie ce quotidien d'imaginaires. L'ensemble donne des idées pour faire des expériences sensorielles et en parler avec les enfants.



Découvrir des formes inconnues sur le papier peint ou les craquelures de la peinture.



*Moi, le chien,*  
J'ai l'odorat très développé.  
Je reconnais l'urine  
de mes compagnons sur le chemin.  
Je flairer la trace du voleur, du gibier  
ou de l'enfant perdu dans les bois.  
Mais je sens aussi le gâteau  
qui est dans la poche de mon maître!

Et toi?  
1011

**J'écoute**

*J'ai le nez fin*

*Je touche à tout*

*Je mange*

*Je regarde*

Petit Geneviève et al.

Ed. Casterman, Bruxelles, 1994

Public: à lire aux enfants de maternelles ou à regarder.  
A exploiter avec le premier degré primaire.

Ces petits livres richement illustrés de manière réaliste sont construits de manière identique: des doubles pages, où l'enfant puis des animaux présentent à la première personne leur manière de percevoir les choses en mettant un sens en action. Le texte est très simple et très riche à la fois pour ses possibilités d'exploitation pédagogique. On peut s'y attarder ou les réserver pour les intégrer suivant les thèmes ou les activités de la classe.

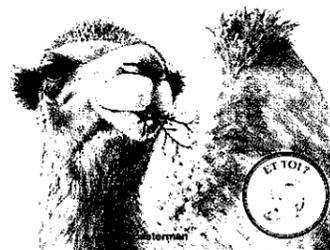
Geneviève Petit - Stéphanie Heilpoen

**J'écoute**



Geneviève Petit - Claudine Routiaux

**Je mange**



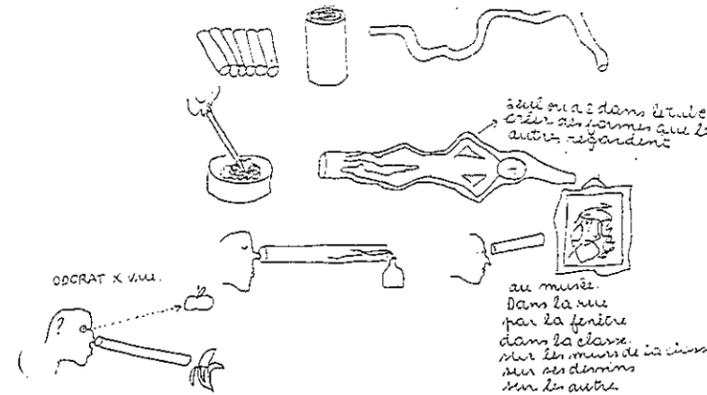
**Un parti pris...**

- Prendre le parti d'une approche ludique, expérimentale et fantaisiste ancrée directement dans la réalité quotidienne de l'enfant, la classe, l'école, le quartier, la maison. Provoquer des va-et-vient entre ces différents lieux.
- Prendre le tremplin des observations, des étonnements, des surprises sensorielles nées de l'expérience, pour élargir le champ de l'imaginaire, des associations libres et des émotions.
- Se donner les moyens de "bousculer le réel trop familier pour être perçu véritablement"<sup>1</sup>. Dérouter le regard qui, par habitude ou automatisme, tend à filtrer et à censurer les impressions.



**Un état d'esprit**

Le "tuyau" symbolise cet état d'esprit. Il est proposé comme attitude de perception, en tant que capteur, révélateur et transmetteur de sensations: *isoler, focaliser, cadrer, concentrer, canaliser, attraper, capter, conduire, transmettre, relier, connecter, communiquer, échanger, détourner, prolonger, bloquer, occulter, boucher, réouvrir,...* Le tuyau est à la fois conduit, capteur, espace intime et lieu de rencontre privilégié. Il invite aux mystères, aux surprises, aux échanges de "cadeaux sensoriels".

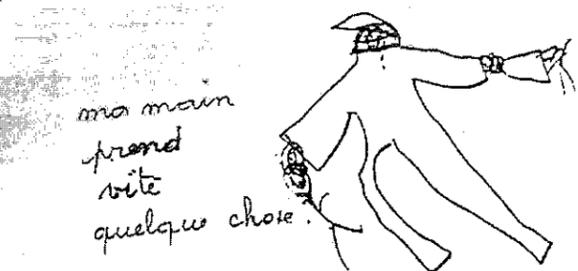


- Considérer que le corps est à la fois "outil d'exploration" parce que c'est lui qui expérimente les sensations et "terrain d'exploration" par ses matières, ses couleurs, ses formes, ses vécus. Il est souvent difficile de tracer les frontières entre le corps-outil, producteur de sensations et le corps-terrain, lieu des sensations perçues.

1. A travers la couleur, Atelier des Enfants, Ed. Centre G. Pompidou.

Bouteilles en plastique coupées = transparentes  
1 côté = tube  
2 côtés = tuyaux.  
cartons de lait coupés = Tubes noirs.  
bouteilles de lait en plastique = blanc.  
mailles  
boîtes de conserve  
tube plomberie PVC  
cuisine  
Tubes en Tissus = bras nylon  
chaussettes  
jambes de pantalon  
dramatisés de pieds

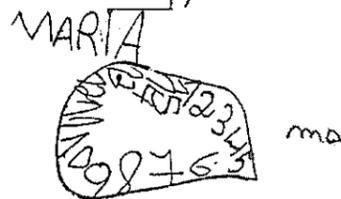




main tape d'Alidas



ma main qui arrête le rû réveil



la main aime bien voler avec mes amis

## Un outil, la "palette"

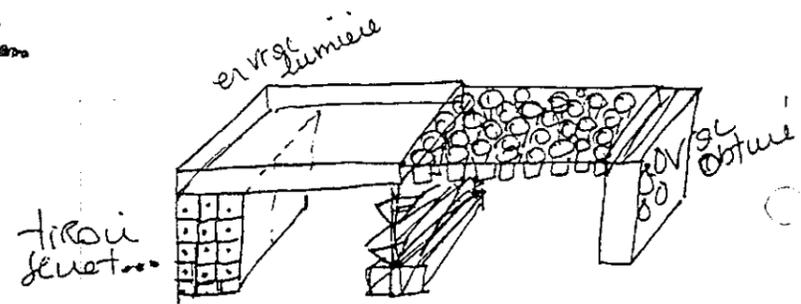
Dans le même esprit que le tuyau, avec l'idée de se constituer un matériel d'exploration, apparaît l'en- vie d'accumuler, de collectionner, de récolter, d'amasser des séries d'échantillons...

Un exemple de récolte dans la rue, au marché, dans la cour: un ticket de tram, un papier de bonbon, une feuille de poireau, un caillou rouge, une branche sèche, un sac en plastique...

Pour exploiter ces récoltes, "une palette" - qu'on conçoit comme un établi - permet de partager, de rêver, de baser les apprentissages sur les expé- riences collectives et individuelles.

1000 formes de palettes... Celle que nous propo- sons comprend:

1/ un plan de travail permettant d'encaster poti- quets, sachets, tuyaux et autres improvisations. Il s'agit de 3 planches percées de 10 trous pouvant être utilisées ensemble ou séparément. Plus simplement, une échelle sur 2 tabourets en rajoutant une latte sur la longueur.



2/ un ensemble de godets, potiquets et sachets à la fois capteurs, collecteurs et contenants (corres- pondant au nombre d'enfants).

3/ un carnet de bord par enfant pour transcrire les différentes informations captées, les différentes expériences, remarques, textes, dessins, collages... Celui-ci se rangera dans un casier personnel dans la structure portant la palette-table. Il appartient à l'enfant. Il pourra aussi voyager entre l'école et la maison et permettre de raconter ses découvertes dans chaque lieu de vie.

4/ matériel "pseudo-scientifique" pour étiqueter: craies, plumes à encre, cachet, machine à écrire,...

5/ un carnet collectif pour rassembler vocabulaire, questions, commentaires, expressions et histoires venant des différents vécus de la palette.

## Voyages aux pays des mille senteurs - Les enfants cuisinent

Goepfert Josiane, Martin Cécile, Donoso Maria Gracia,

Fédération Artisans du Monde Editions.

Magasins du Monde, Oxfam, 1994

Public: à raconter aux lecteurs débutants; à lire tout seul à partir du 2ème degré. A déguster à tous les âges.

Des enfants racontent leurs découvertes des goûts et des odeurs au travers d'un voyage imaginaire dans les différents pays du monde. Ce voyage peut devenir bien réel quand, au plaisir de la lecture, on ajoute celui de la dégustation des recettes indi- quées.



## Jeu Le loto sonore

Ed. Nathan,

Public: maternelle et 1er degré primaire

Une cassette audio avec des sons à identifier au moyen de cartes imagées. Ce jeu permet de tra- vailler l'écoute, le vocabulaire et surtout inspirer d'autres jeux sonores à enregistrer et illustrer avec les enfants à partir du vécu de la classe, de la mai- son, de l'école, du quartier...

## Jeu des odeurs

Ed. Nathan,

Public: à adapter suivant les âges.

Une série de petits flacons permettent d'exercer les odorats et peuvent être le point de départ de représentations à partir des odeurs: dessiner la plante ou l'aliment d'origine, la source de l'odeur, colorer l'odeur, raconter son histoire, l'écrire... un support "odorant" pour différentes exploitations pédagogiques suivant l'âge du public.

L'idée peut inspirer des fabrications maison à partir de matériel de récupération: les boîtes des films de photos avec un bout d'ouate imbibé d'essences de plantes que l'on peut se procurer dans les pharma- cies ou bien avec des petits sachets contenant l'une ou l'autre source d'odeur résistant au temps (ou à renouveler régulièrement par les utilisateurs) ex: du café moulu, etc.

## Jeu Le loto tactile

Ed. Nathan,

Public: maternelle et 1er degré primaire

Ce jeu propose de travailler le toucher au moyen d'échantillons de matières différentes que l'enfant doit identifier. Il permet aussi de travailler le voca- bulaire des différents touchers. Comme le jeu pré- cédent, sa simplicité permet d'imaginer une fabrication personnalisée par la classe avec l'aide des parents ou d'autres classes d'enfants plus âgés.

## Le jeu des cinq sens

Ed. Nathan

Public: maternelle et 1er degré - support pédago- gique tant dans le domaine du langage que de la prise de conscience des sensations sensorielles. Un jeu comprenant 35 photos couleur cartonnées réparties en 5 familles évoquant les 5 sens. Chaque photo du jeu est avant tout l'initiatrice ou le rappel de la réalité sensorielle. Plusieurs photos font référé- nce à plusieurs sens simultanément.



le fantôme  
crabouille la  
main

la main coupe  
avec le couteau.



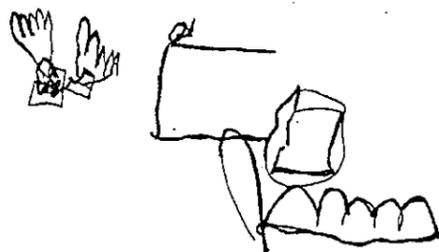
la main prend  
le coeur malade



ma main exit



ma main enfle mes  
baskets.



la main  
prend la bougie



la main  
se déguise en  
fantôme

la maman main  
pleure



la main me coupe la  
main.

## Une manière de procéder en classe

### Explorer

Que ce soit en classe, avec le groupe d'enfants ou tout seul, partez des moyens du bord les plus proches: puisez vos outils dans l'espace quotidien (le corps, le banc, la classe, la cour, l'école, la maison, sa rue...) et utilisez cet espace comme terrain d'exploration.

### Des exemples

Pour illustrer cette manière de procéder, nous avons puisé du côté du "tactile". A vous de mettre en scène d'autres expériences pour explorer plus précisément le visuel, l'olfactif, le gustatif, le sonore...

### Prendre conscience de... Ouverture sur la main...

- voir, retrouver et mimer tous les gestes quotidiens sur une journée où l'on touche, où il y a contact avec les choses, les objets, les autres...
- tenter de raconter une journée par les touches typiques du matin au soir. Inventaire des différents matériaux/ support/ revêtement (drap de lit, couette, eau, brosse à dents, émail du bol, pavé, trottoir, bois de la chaise...  
- voir tous les accessoires qui prolongent la main, les intermédiaires entre la main et le monde extérieur...(couverts-gants-moufles-le bic-le ballon...)
- voir tout ce que la main ne peut pas toucher, ne peut pas attraper parce que c'est très dangereux ou impossible (le feu - la flamme - l'eau bouillante-le dard de la guêpe-la lame d'une scie...- le ciel - le fond de l'océan - l'intérieur du crâne...)
- voir ce que la main peut contenir, ne peut pas contenir
- voir les choses très bizarres que sa main a déjà touché...
- voir les différents métiers avec les gestes et le toucher typique...
- répertoire ou simplement toucher "à la manière de"... du coiffeur, d'un masseur, d'un docteur,... faire comme si je me maquillais, comme si... je me lavais, je me séchais, etc.

## Les 5 sens

Fijalkow, Jacques, Garcia Joëlle, Cayre Patricia,  
Collection Magnard documents, Ed. Magnard, 1994.  
Public: à partir du 2ème degré primaire.

Dans son introduction, ce livre présente la démarche pédagogique qui guide l'ouvrage: "Il se veut être une sorte de guide de recherche, un point de départ pour se tourner vers d'autres activités de lecture et d'écriture. Ce livre permet à l'enfant de découvrir le fonctionnement, l'utilité et le dysfonctionnement des 5 sens. Il est illustré de photos et de documents réels et pour chaque sujet définit les objectifs pédagogiques. L'accent est mis sur une approche transversale de différentes matières et des compétences."



## "Explore la nature et les saisons avec tes cinq sens!"

Wakou, Hors série n° 3,  
Ed. Milan

Public: les maternelles et les "5-8"

Un numéro très imagé (photos) illustrant une démarche de découverte à entreprendre par l'enfant ou en classe pour chaque sens. De bonnes idées pour les parents comme pour les enseignants et éducateurs pour aborder ce thème avec les plus jeunes.

## Le corps et la santé

Detay-Lanzmann, Françoise et Ibert Nicole  
Ed. Mango, 1994.

Ce livre est un outil précieux pour aborder la santé et faire découvrir le corps avec des petits de maternelles mais aussi pour exploiter le thème dans le premier degré primaire. L'approche des différentes fonctions du corps et des relations avec l'ensemble est simple et attrayante. Le livre commence avec le thème de la naissance pour parler ensuite des sujets suivants: la peau, l'os et les muscles, le cerveau, les 5 sens, les poumons, le coeur, la digestion et l'alimentation, les dangers et des conseils de santé pour "bien vivre".

### LES POUMONS

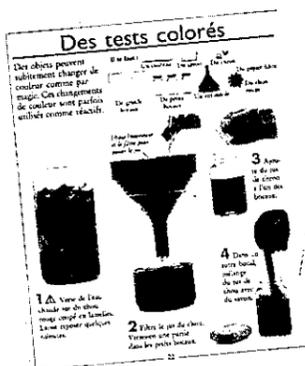


Dans la série "Le petit chercheur"  
de Bordas Jeunesse

- Les cinq sens
- Le chaud et le froid
- La lumière
- Le son
- La couleur

N. Ardley  
Ed. Bordas, 1991/1992  
Public:

- enseignants de maternelles et de primaires pour des idées d'expériences en classe et des activités d'éveil à partir de la 3e maternelle.  
- A lire et expérimenter tout seul à partir de 8 ans.  
Cette série permet de comprendre chaque sujet au travers d'expériences faciles à réaliser en classe, dans des ateliers parascolaires ou à la maison.  
"Des livres pour savoir comment et donc pour savoir pourquoi."



Dans la collection "Mes premières découvertes",  
chez Gallimard

- Le toucher
- La vue
- L'odorat
- L'ouïe
- Le goût

Delafosse Claude et Kniffke Sophie de la Collection  
Ed. Gallimard.

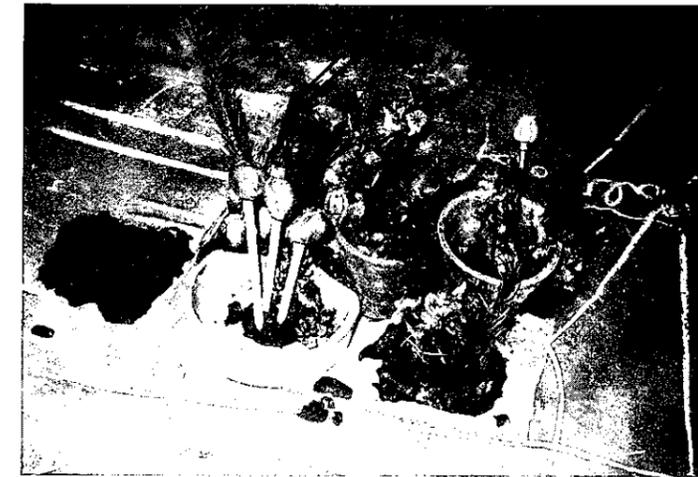
Public: à partir des maternelles  
Des petits livres qui invitent à la manipulation, la comparaison, la découverte à l'aide d'images superposées pour mieux comprendre. Ils permettent de parler de différents aspects de chacun des sens et sont, de ce fait, intéressants pour créer des passerelles avec d'autres thèmes grâce au sens abordé dans le livre.



- voir les différentes matières des vêtements, faire un relevé parmi la classe, voir les sensations par rapport à ces matières...
- inventer - avec des échantillons colorés - les couleurs sur soi, autour de soi, organiser les couleurs, les ranger, créer ainsi son propre matériel à exploiter par la suite.
- répertorier les différents touches du corps, par exemple: l'endroit le plus dur - le plus mou - le plus sec - le plus mouillé - le plus lisse - le plus gras - le plus chaud - le plus froid - le plus inaccessible - le plus sensible - insensible. Identifier les zones intouchables (l'oeil, le fond de la gorge, l'intérieur du ventre...)
- faire une liste des différents verbes autour du "toucher" et de la main: caresser, effleurer, tâter, palper, gratter, taper, pincer, arracher, triturer, mélanger, agripper, griffer, serrer, cogner, frapper, marteler, tapoter...etc. Faire résonner, écouter les mots dans d'autres langues.



Diagnostiquer la classe, le lieu



Dans notre exemple d'une approche tactile:

- obturer la classe, se bander les yeux... se promener en aveugle, dans la classe... toucher-comparer... imaginer... voyager avec sa main, être guidé de matière en matière;
- relever les matériaux présents dans la classe; inventaire (bois-châssis-vitre-carrelage-plâtre-craie-tableau-bois bureau-métal chaise...);
- isoler, cadrer avec une craie ou encercler les différentes matières... éventuellement faire des parcours, des mini jeux de piste à inventer avec les enfants, entre les différentes zones... A poursuivre dans le reste de l'école...
- toucher-nommer-comparer-rassembler par similitude; observer à la loupe, voir les différentes réactions textures/lumière;
- faire des empreintes (frottis papier-crayon), faire de nouveaux plans de la classe avec un relevé des matières, leur description, leurs sons, résonances;
- créer un "dictionnaire sensoriel" pour la classe: vert comme le tableau, froid comme le carrelage, noir comme les lunettes de Madame, grinçant comme la porte,...
- sélectionner des couples de contrastes (tableau/rideau/banc), des couples semblables (vitre/carrelage => froid).

## Explorer l'école

- Raconter un trajet à l'intérieur de l'école (entre la classe, le WC, la cantine...) rien qu'en décrivant les matières, les sensations, les sons et résonances des différentes matières rencontrées => nommer, décrire, écrire...; prendre l'empreinte des différentes matières par la technique du frottis.

- Chercher tous les touchers absents, manquant à l'école, les éléments tactiles absents... (plume-sable-écorce-feuilles-mousse-boue-vase-herbe-terre...), et où il y manque des matières invitantes pour les plaisirs tactiles.

Elargir à l'espace extérieur de l'école et aux univers plus personnels. Inviter les enfants - via des

consignes ou des mots-clefs - à la collecte personnelle sur des terrains plus familiers tel que la chambre, la maison, le trajet quotidien, le quartier,...

- Dans l'école, introduire des intrus... cacher pour le plaisir des mains, des nouvelles matières. Avec son sac "capteur matières", partir à la recherche de ...

Inviter les enfants à collecter avec des consignes restrictives mais stimulantes par rapport à un lieu, par exemple: rien que des matières blanches, des fragments, de l'écrasé, du végétal, du métallique, du mou, du rond, du minuscule...

Faire cette collecte, par lieu, par thème, par affinité, par plaisir/dégoût: l'enfant se fixe un critère.



Croquis des "choses de chez moi" quand j'étais petit ...



## Je découvre mon corps

cassette Sony Music,  
Editions Nathan, 11'34,

Public: classes maternelles

Au travers de petites comptines, l'enfant découvre les différentes parties de son corps: les cheveux, le nez, la bouche, l'estomac, les oreilles, les yeux, le pouce.

## Les cinq sens

Angela Royston et Edwina Riddell,  
Editions Deux Coqs d'Or, 1993.

Public: pour le cycle 5-8 ans

Chaque sens est décrit simplement pour une découverte autonome par l'enfant. A partir de matériel habituel, des activités d'expérimentation sur la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher, le goût, sont proposées.

Julie, ses amis et elle ont joué à la boîte aveugle. Pas facile d'identifier les objets qu'elle contenait seulement en les touchant!

Le petit Hector était très fatigué, et de mauvaise humeur. Papa l'a pris dans ses bras puis il lui a donné un baiser: Hector s'est aussitôt calmé! Papa a également donné un baiser à Julie. Le sens du toucher nous permet d'apprécier les câlins.



Construis une boîte aveugle  
Procure-toi une boîte à chaussures et découpe un trou sur un côté. Rassemble des petits objets, mais veille à ce que tes amis ne les voient pas.  
Après avoir caché un objet dans la boîte, demande à tes amis de deviner de quoi il s'agit seulement en le touchant. S'ils te disent que c'est un jouet représentant un animal, fais-leur préciser lequel. Lorsqu'ils auront deviné, cache un nouvel objet dans la boîte.



## Les 5 sens

Magnard Documents,  
Editions Magnard, 1994.

Public: pour enseignants (maternelles et primaires): nombreux exemples d'activités pédagogiques. Pour les enfants du cycle 8-12 ans

Conçu comme un ouvrage qui guide l'enfant vers d'autres activités de lecture et d'écriture, ce livre illustré par des documents réels, donne des pistes concrètes d'exploitation du thème des 5 sens. Les objectifs d'apprentissage sont formulés pour chaque sujet. Ceux-ci permettent de définir les 5 sens, de les tester, de parler des maladies des sens et enfin des sens des animaux).



# Les 5 sens

Une sélection bibliographique commentée sur

## Introduction

Nous avons exploré ce qu'offrait la littérature de jeunesse sur le thème des sens parce qu'elle est un outil souvent inconnu des intervenants en promotion de la santé. Elle peut être une source d'inspiration et un support pour les parents, enseignants ou animateurs, à la recherche d'outils ludiques et attrayants pour les enfants.

La littérature de jeunesse donne la possibilité d'explorer une pédagogie "non-prescriptive" de la santé au travers de livres mélangeant imaginaires et réalités. Ils ouvrent mille portes d'entrée pour parler, raconter, se raconter, informer, éduquer "autrement" à la santé.

Cette bibliographie a été sélectionnée en 1994-95 dans le cadre du programme Santé "ZEP/Mission Locale Jeunes de St Gilles"<sup>1</sup>. Une grande partie des livres mentionnés a alimenté les BCD (Bibliothèques et Centres de Documentation) des écoles partenaires. Une des priorités de la ZEP<sup>2</sup> est en effet d'encourager l'utilisation du livre d'enfant dans le cadre scolaire pour une meilleure appropriation de la langue française, langue seconde pour beaucoup d'élèves.

Le livre - d'histoires ou de découvertes - peut être aussi un support d'expressions et d'échanges entre la vie à l'école et la vie à la maison.

Les commentaires de cette sélection bibliographique sur le thème des "5 sens" se proposent également d'ouvrir des pistes pour exploiter ce thème en lien avec des projets de classe ou d'ateliers (nature, images, expérimentation...).

Cette sélection comporte 12 livres pour les maternelles et les 5-8 ans et 9 livres pour les enfants de 8 à 12 ans.

Quelques jeux, supports et outils pédagogiques sont également renseignés.

Les livres sélectionnés permettent de comprendre à quoi servent les 5 sens et comment ils fonctionnent. Ils proposent une approche adaptée à l'âge des enfants: pour les plus jeunes, le détour par les animaux ou la vie quotidienne à la maison fait comprendre à l'enfant ses capacités sensorielles; pour les plus grands, les 5 sens sont abordés au travers de l'expérimentation et par la découverte des perceptions sensorielles.

1. Ce programme a été mené grâce aux subsides de la Communauté française de Belgique et la Région de Bruxelles-Capitale.

2. Zone d'Education Prioritaire; un programme du Ministère de l'Education basé sur un principe de "discrimination positive": donner le plus à ceux qui ont le moins pour favoriser la réussite scolaire de tous et chacun des enfants.



## Exploiter

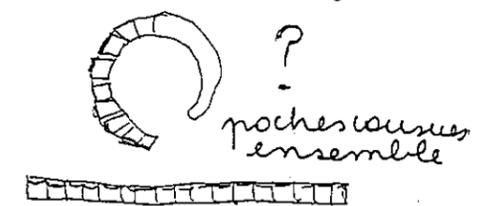
Pour exploiter cette récolte: utilisez "la palette" (étalement ou drap, ou à défaut de support, le milieu de la classe. La palette sert de laboratoire, de "plateforme" qui permet de mettre en commun les informations récoltées afin de les observer, les organiser, les nommer, les analyser, les manipuler, les sélectionner, les regrouper, les raconter.

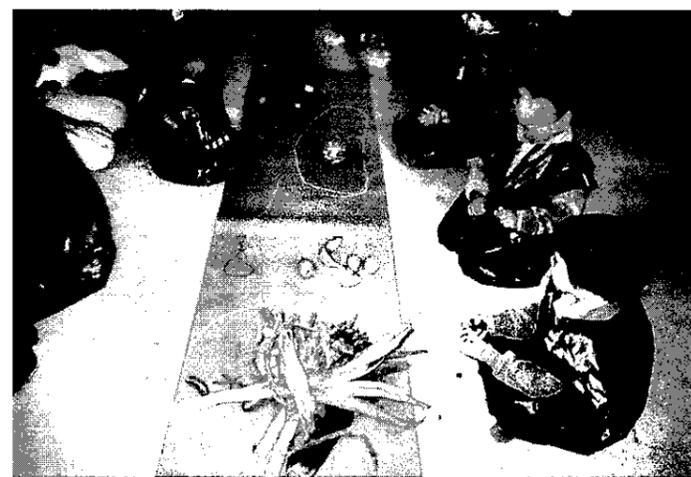
En groupe, en classe, à l'atelier... apport des différents sacs.

- Avant de déballer, se faire des surprises/devinettes en invitant l'autre à plonger la main dans son sac.
- Mettre en commun, étaler, partager les récoltes.
- Voir ensemble les différents critères possibles d'organisation des matières dans la palette: les points communs, les différences...

du plus souple/mou au plus dur...  
du plus petit au plus grand/gros  
du plus doux au plus rugueux  
du plus agréable au plus désagréable (très subjectif)  
du plus clair au plus foncé/dégradé de couleurs  
du plus silencieux au plus bruyant  
par couleur, par origine, par forme,... ou imaginer des critères fantaisistes.

Systeme Etiquette  
le sac par tout contenu → nom...  
et travailler ensemble au sol...  
ou un ruban de poche à explorer...





Différentes attitudes pour un usage de la palette  
 - ranger-trier-étiqueter (nom, origine, date, climat lors de la trouvaille,...);  
 - cacher, mémoriser-vérifier-toucher,  
 - choisir une matière: association de sons, d'odeurs, de goût, de lieu... voyage multisensoriel avec une matière;  
 - en aveugle, deviner à partir d'un son, d'une odeur, d'un goût;  
 - faire des relevés, des croquis des différents rangements, des dessins-souvenir...



## Prolonger

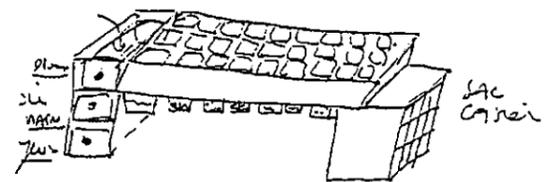
Ces mises en commun autour de la palette peuvent être le point de départ de toutes sortes d'analogies, métamorphoses, associations d'idées, histoires, voyages... On se réapproprie le matériel, on détourne les récoltes, on les utilise comme tremplin vers l'imaginaire.

A partir de la palette triée ou non... à partir de sa récolte personnelle, le groupe peut:

- Jouer-manipuler-chercher-assembler-faire et défaire-raconter...
- Refaire au sol, un parcours, promenade pour un doigt balladeur, faire des mini chemins pour le doigt avec des successions de textures, les matières seraient supports d'histoire à inventer, d'itinéraires imaginaires, fantastiques.
- Se constituer un habitacle pour la main, une sorte de nid... une boîte secrète de sensations pour sa main.
- Se fabriquer des jouets, des instruments pour provoquer des sensations tactiles, des machines pour chatouiller son voisin (bout de bois,...), des prothèses ou petits bonnets pour les doigts.
- Envoyer une lettre tactile à un ami aveugle, un message tactile, une histoire rien qu'avec du "toucher", un télégramme de matières.
- S'échanger des messages tactiles et voir toutes les interprétations..., établir des codes ou des légendes avec des échantillons de matières, faire des messages secrets.
- Jeux d'emballages, des cadeaux pour les mains (cette approche est tirée de "Objets en dérive", Centre G. Pompidou, 1984 "Le plaisir d'offrir, c'est d'emballer...").
- Rassembler plein de différents papiers, tissus, sable, ouates, cordes, fils... Emballer des matières, des objets... et par la forme de l'emballage, suggérer un autre contenant.
- S'échanger ces nouveaux paquets, l'offrir à quelqu'un qui, sans le déballer jamais, devinera et imaginera le contenu (humeurs, lieux, sentiments, expressions, maladie, climat,...).
- Dire, décrire le contenu, extrapoler en disant sa couleur, son parfum, ses sons...

Ce voyage à travers les sens par le toucher peut se réinventer au départ d'une approche visuelle ou olfactive ou sonore ou gustative... A chacun de poursuivre cette démarche en la "traduisant" dans un "sens" ou l'autre...

## En guise de...



Ces pistes que nous vous avons proposées dans ce document peuvent se multiplier, se retourner "dans tous les sens".

Nous espérons que vous aurez autant de plaisir à expérimenter cette approche que nous en avons pris à vous la présenter!  
 Bon voyage ...



## Références bibliographiques

- "Histoire de voir", itinéraires d'un atelier- dessin, Atelier des enfants, Centre Georges Pompidou, Paris.
- "A vos jeux", des formes, des lignes, des couleurs, Atelier des enfants, Centre Georges Pompidou, Paris, 1981.
- "Objets en dérive", Max Henry LARMINAT, Atelier des enfants, Centre Georges Pompidou, Ed. Dessain et Tolra, Paris, 1984.
- "Atelier des 5 sens", Marie-José PILLET, Ed. Dessain et Tolra, Paris, 1993.
- "L'enfant s'interroge sur son corps", Collection R. Tavernier, Ed. Bordas, Paris, 1991.
- "A travers la couleur", Atelier des Enfants, Centre Georges Pompidou, Paris.