

## Santé publique Grenoble (F)

**Du 29 juin au 3 juillet 1998**

Congrès de Société française de santé publique: "Santé publique, des quartiers à l'Europe".

Renseignements: SFSP, BP7, F-54.501 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex, tél. 33-3.83.44.87.47, fax 33-3.83.44.37.76, email: sante.publique@sfsp-publi-chealth.org

## Evaluation Bordeaux (F)

**15, 16, 17 septembre 1998**

Colloque sur le thème "L'évaluation en éducation pour la santé: entre épidémiologie et sciences humaines."

Renseignements: Comité régional Aquitaine d'éducation pour la santé, place de la Victoire 3 ter, Université Victor Segalen Bordeaux 2, F-33076 Bordeaux Cedex, tél. 33-5.57.57.18.48, fax 33-5.57.57.18.78

## Formation Bruxelles

**Du 19 au 23 octobre 1998**

L'équipe ULB/Promes de l'École de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles organise un module de formation en promotion-éducation-santé sur le thème: "Les modèles explicatifs des comportements et leur changement".

Cette formation sera prise en charge par le Professeur Gaston Godin, Ph.D. de l'Université Laval, Québec, et est coordonnée par le Professeur Danielle Piette, directrice de ULB/Promes.

Ce module vise à équiper les acteurs, planificateurs ou chercheurs en promotion de la santé avec des modèles conceptuels de base concernant la genèse des comportements de santé et les mécanismes de leur changement.

Par modèle conceptuel, on entend une proposition de relation entre un comportement et une combinaison d'éléments caractéristiques de l'individu comme les connaissances, l'attitude (valeurs, croyances, représentations, perception des normes ou de l'environnement ou psycho-social).

Ces modèles offrent une base théorique de réflexion utile à la définition d'hypothèses de recherche ou à la proposition de relations entre une intervention de promotion de la santé et ses objectifs ou évaluations.

La formation se fera en français et le nombre de participants est fixé à 20. Le prix du module est de 25.000 FB (26.000 FB pour les paiements à partir de l'étranger); il comprend tous les documents distribués pendant la formation ainsi qu'un portefeuille d'articles scientifiques.

Pour tout renseignement: Mlle Joëlle Hardy, ULB/Promes, Université libre de Bruxelles, Ecole de santé publique, route de Lennik 808 - CP 596, 1070 Bruxelles, tél. 32-2-555.40.97, fax 32-2-555.40.49, email: Promes@erasme1.ulb.ac.be

## Publication

Le sixième Cahier de Prospective Jeunesse intitulé "Ecole et Prévention - tome 3" est paru début avril. Le prochain numéro, dont la sortie est prévue fin juin aura pour thème "Nouveaux produits... nouveaux usages... la question du plaisir".

Renseignements: Prospective Jeunesse, tél. 02/512.17.66, fax 02/513.24.02, email: prospective.jeunesse@skynet.be

## Emploi - demandes

- Professeur d'éducation physique et de yoga diplômée cherche cours à donner en journée aux adultes. Région Arlon, Bastogne, Neufchâteau, Saint-Ode, Houffalize. Coordonnées: Claire Druéz, Bodange 20, 6637 Fäuvillers, tél. 063/60.06.76.

- Assistante sociale ayant une expérience dans le domaine de la petite enfance recherche un travail comme employée administrative dans le secteur social. Coordonnées: Bernadette Druéz, avenue du Parc 40, 1060 Bruxelles, tél. 02/539.29.31 (privé) ou 348.50.28 (RAE).

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Chantal Delvaux, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Anne Geraets, Sophie Hector, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houvéronique Janzyk, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.200 exemplaires.

Diffusion: 1.800 exemplaires.



Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). E-mail: infor.sante@skynet.be.

Internet : www.euronet.be/healthpromo.

# Education SANTÉ

JUIN 1998 **128**

## Stratégie

De nouvelles structures pour la promotion de la santé en Flandre par *Christian De Bock* p. 2

Les programmes subventionnés en 1997 par *Christian De Bock* p. 2

## Réflexions

Actualité du concept de santé communautaire par *Jacques Morel* p. 4

Produire de la santé par la pratique communautaire par *Martine Bantuelle, Pierre-Alain De Henneau, Thierry Lahaye, Jacques Morel, Patrick Trefois* p. 6

Drogues et société par *Dan Kaminski* p. 8

## Locale

Une nouvelle expérience au CPAS de Namur par *Bénédictine Reginster et Nathalie Loutz* p. 22

## Vu pour vous

"Missions à Juniorville", un cédérom sécurité routière par *Pierre Baldewijns* p. 26

## Suppléments:

- Manger, plaisir et santé (Midis à l'école)
- Enfants, adultes, la vaccination nous concerne tous (Provac)



L'Hôtel communal de Forest - Photo: Daniel Tricot, commune de Forest

# Forest-Quartiers-Santé

par Annie Moulart et Bernadette Taeymans

p. 10

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.



## Nouvelles structures pour la promotion de la santé en Flandre

Décidément, cela bouge beaucoup dans notre pays sur le front de la promotion de la santé. Après la Communauté française de Belgique et son décret du 14 juillet 1997, la Flandre a revu son arrêté relatif à la promotion de la santé - qui datait de 1991 - le 17 décembre 1997.

L'objectif de la Ministre Wivina Demeester (1) était de transformer une "maison avec beaucoup de pièces, dans lesquelles on ne savait pas toujours ce qui se passait à côté en un système transparent, cohérent et efficace, basé sur un développement sanitaire durable."

Cette belle profession de foi s'est traduite d'une façon qui n'est pas sans évoquer parfois la réorganisation... francophone.

Ainsi, début 1997, le Vlaamse Gezondheidsraad (Conseil flamand de la santé) a été mis en place. Il doit remplir auprès des autorités publiques une importante fonction de signal, de concertation, d'évaluation et d'avis quant à leur politique de santé. Ce n'est pas sans évoquer le Conseil supérieur francophone installé à la fin de l'année.

Par ailleurs, les 'voorzieningen' (qu'on pourrait comparer aux services aux éducateurs francophones), qui étaient reconnues auparavant selon 4 modalités, voient leur statut et leur financement inchangés pour certaines et modifiées pour d'autres. Certains services disparaissent carrément: les services thématiques 'prévention tabac', 'alimentation', 'sécurité sphère privée' et le service de 'promotion de la santé à l'école' fusionnent avec le VIG (voir plus bas).

## Les programmes subventionnés en 1997

Comme chaque année, nous vous présentons brièvement les programmes subventionnés par la Communauté française de Belgique en 1997. Il s'agit de la dernière année complète d'application de l'ancienne législation relative à l'éducation pour la santé.

Le crédit budgétaire était de 113.500.000 F, dont la majeure partie a servi à financer les services aux éducateurs (66.000.000 F), et les services de

### Priorité à l'échelon local

La mise en place et la reconnaissance de structures de concertation sous-régionales (il s'agit de régions comptant de 250 à 300.000 habitants) sont aussi prévues dans l'arrêté.

On les appelle les logo's. Ces associations doivent revêtir la forme d'une asbl, d'un pouvoir public ou d'une association de pouvoirs publics. Tous les intervenants actifs dans le secteur préventif et curatif sont les bienvenus, certains d'entre eux devant en outre nécessairement en faire partie: les services de médecine du travail, les associations professionnelles de prestataires (médecins et paramédicaux), les bureaux de consultation de Kind & Gezins (ONE), les services reconnus d'aides familiales et seniors, les centres de santé, les IMS et PMS, les cercles de généralistes et les mutualités. Les logo's doivent aussi prendre des accords de collaboration avec les CPAS et les provinces.

Les tâches des logo's: organisation de la concertation entre les acteurs locaux et les pouvoirs publics, récolte d'informations, exécution des projets préventifs de la Communauté flamande et des projets propres. Ces derniers devront respecter une série de critères méthodologiques et qualitatifs.

Ces logo's seront agréés pour 3 ans et auront un financement de maximum 7 millions.

### Le VIG, un centre d'expertise

Le Vlaams Instituut voor Gezondheids-promotie (qui n'a pas d'équivalent en

Communauté française), aura un nouveau profil, celui d'un centre d'expertise au service du gouvernement, des services et des logo's. Son rôle sera d'appuyer et coordonner l'exécution de la politique, et de favoriser le développement de nouveaux programmes, outils et stratégies. Il réalisait déjà ces tâches auparavant, donc peu de changements de ce point de vue.

Par contre, la rédaction du plan stratégique pour la promotion de la santé en Flandre et l'analyse des demandes de subvention ne relèvent plus de ses compétences, mais dépendent aujourd'hui exclusivement de l'Administration.

Le 'nouveau' VIG, renforcé par l'intégration d'anciens services, recevra une subvention de base équivalente à la somme des conventions passées, et pourra obtenir d'autres moyens pour des tâches complémentaires, notamment centrées sur les objectifs de santé.

Tout cela demandera un sérieux effort de réorganisation, qui devrait aboutir à un 'nouveau départ' fin de ce mois.

Christian De Bock, inspiré librement de l'article 'Een nieuw structuur voor gezondheidspromotie in Vlaanderen', VIG Netwerk, 6/1, mars 1998. ■

(1) Le lecteur attentif aura remarqué que les deux ministres compétents, en Flandre comme en Communauté française, sont deux femmes. Ce n'est pas si fréquent en politique, et ce n'est que justice pour un secteur à la sensibilité très 'féminine' !

française, d'autres verront leurs moyens renforcés.

Les données 97 nous ont été communiquées par l'Administration de la Santé et la Cellule permanente éducation pour la santé, l'ancien organe d'avis remplacé aujourd'hui par le Conseil supérieur de promotion de la santé.

Nous reprenons pour chaque programme le nom et l'adresse du promoteur, une brève présentation du sujet et le montant attribué.

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 103, 2e étage.

Le centre est ouvert pendant les heures de bureau, du lundi au vendredi, uniquement sur rendez-vous pris auprès de Maryse Van Audenhaege ou Franca Tartamella, au 02/237.48.53.

Précédente publication de cette rubrique : n° 126, avril 1998.

### Livres

#### ACCIDENT

CADIER F., GAURIAU M., Le plâtre de Fabien, Paris, Ed. Flammarion, 1998, (Père Castor), 24p., 39FF, acc011

#### ADOLESCENT

RICHARD B.N., Santé, jeunesse et société. La prise en charge de jeunes de 18-25 ans au sein d'un service de Prévention à l'Hôpital, Paris, Ed. L'Harmattan, 1997, 172p., vij036

DARIO Y., et al., Mixados. Adolescence, vie quotidienne et bien-être, Educa Santé / Question Santé, Charleroi/Bruxelles, 1997, 23p., vij037

PIETTE D., PREVOST M., BOUTSEN M., et al., Vers la santé des jeunes en l'an 2000? Une étude des comportements et modes de vie des adolescents de la CFB de 1986 à 1994, ULB Ecole de Santé Publique PROMES, Bruxelles, 1997, 68p., vij038

#### ALCOOLISME

CERCLE A., L'alcoolisme, Paris, Ed. Flammarion, 1998, (Dominos; n°156), 128p., 41FF, asa028

#### ALIMENTATION

HUBERT A., BOILEAU C., L'ABCdaire du gourmet, Paris, Ed. Flammarion, 1997, 119p., 59FF, ali082

TULEU F., MICHAUD C., Nutrition en zones urbaines sensibles. Actions autour du petit déjeuner, CFES, Vanves, 1997, (Guides d'action), 97p., ali083

#### ASSUËTUDE

BILS L., PREUMONT C., Les assuétudes en Belgique et en Communauté française. Synthèse de données épidémiologiques et de recherches en prévention. 3e rapport. Années 1993 à 1996, CCAD, Bruxelles, 1998, 175p., ass019

Dossier: Ecole et prévention, Prospective Jeunesse, Les Cahiers de Prospective Jeunesse, vol.2 n°2, 1997, pp.6-32, 250FB, ass020

#### CANCER

DRIESKENS S., TAFFOREAU J., VAN OYEN H., QUATAERT P., Evolution de la mortalité due au cancer du poumon en Belgique 1971-1990, CROSP - Institut Scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, Bruxelles, 1997, 39p., pca041

Mieux comprendre le cancer, Association contre le cancer, Bruxelles, 1998, 97p., pca042

#### EDUCATION POUR LA SANTE

Jouons santé. Répertoire d'activités, Cultures et Santé, Bruxelles, 1997, 115p.(+85p), eps088

#### EDUCATION SEXUELLE ET AFFECTIVE

Pierre + Anne. Les jeunes parlent de leur vie amoureuse, SIPS, Bruxelles / Liège, Ed. Luc Pire, 1997, 85p., sex015

#### ENFANT

Connaitre et soigner les maladies d'enfants, Bruxelles, Ed. Soumillion, 1997, (Conseils Santé; n°16), 85p., 149FB, vie053

Prévention et petite enfance. Guide de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, ONE, Bruxelles, 1997, 326p., vie054

#### ENTRAIDE

Inventaire des groupes d'entraide en CFB - 1998, UNMS Service Promotion Santé, Bruxelles, 1998, 62p., ssh008

#### ENVIRONNEMENT

Environnement urbain, Médiathèque de la CFB, Bruxelles, 1997, 138p., env024

#### FEMME

La viande dans les habitudes alimentaires des femmes en milieu populaire. Enquête en CFB, Vie Féminine, Bruxelles, 1997, 42p., vif021

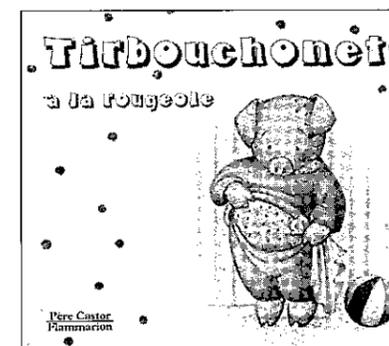
#### MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

DUBOIS G., LA ROSA E., Prévenir les maladies cardio-vasculaires, Paris, Ed. Hermann, 1997, (Ouverture médicale), 128p., 59FF, pco030

#### MALADIE INFECTIEUSE

Prise en charge de la tuberculose en médecine générale. Guide pratique, FARES / SSMG, Bruxelles, 1998, 32p., pin010

GIRARDON J., MONDOLONI C. (ill.), Tirbouchonet à la rougeole, Paris, Ed.



Flammarion, 1998, (Père Castor), 23p., 22FF, pin011

#### MEDICAMENT

Le guide Test-Achats des médicaments. Guide critique des médicaments les plus courants, Test Achats, Bruxelles, 1997, 632p., med083

#### MORT

DELVAULX C., Vivre jusqu'au bout, Beauvechain, Ed. Nauwelaerts, 1997, 229p., 600FB, vim006

BACQUE M-F., Deuil et santé, Paris, Ed. Odile Jacob, 1997, 206p., 125FF, vim007

#### POLITIQUE DE SANTE

L'accès aux soins de santé: un droit pour tous, Commission Communautaire française Service santé, Bruxelles, 1997, 78p., pol055

#### SANTE

Statistiques de décès en Communauté française 1989-1991, CROSP Institut scientifique de Santé Publique Louis Pasteur, Bruxelles, 1997, 236p., san088

TUBIANA M., Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape, Paris, Ed. Flammarion, 1995, (Champs; n°384), 713p., san089

Qualité de vie. Santé, écologie, environnement, Prévenir CVMarseille, 1997, Revue Prévenir, n°33, 224p., 150FF, san090

GLASROTH R., Quand la médecine devient beauté, Bruxelles, Ed. Labor, 1996, (Santé 2001), 254p., san091

SKRABANEK P., McCORMICK J., Idées folles, idées fausses en médecine, Paris, Ed. Odile Jacob, 1997, (Opus), 196p., 55FF, san092

La santé à quel prix?, Revue Esprit, n°229, 02/97, pp.13-105, san093

## Enfants piétons, enfants cyclistes



Les Mutualités socialistes sont évidemment d'abord une caisse d'assurance-santé qui lutte pour l'accès de tous à des soins de santé de qualité. Elles ont aussi bien d'autres missions, dont celle d'éducation pour la santé.

La Fondation Environnement - Santé - Consommation (FESC) est une asbl des Mutualités socialistes chargée de soutenir et d'entreprendre des projets d'éducation des jeunes et des enfants à la santé et à l'environnement, ainsi qu'à une consommation critique et responsable. C'est dans cet esprit que la FESC a décidé de s'investir notamment dans des actions en rapport avec la sécurité routière.

### Un jeu informatique pour plus de sécurité

Scoop! La FESC travaille actuellement à la réalisation d'un jeu informatique interactif et multimédia pour aider l'enfant à avoir les comportements les plus sûrs lorsqu'il est, à pied ou à vélo, sur la voie publique...

Dans le module principal du jeu (module "missions"), il se retrouve, par écran d'ordinateur interposé, aux commandes de sa bécane. Tout au long de ses déplacements dans son quartier, vers la piscine, l'école, la plaine de jeux ou encore le cinéma, il est confronté à une foule de situations dans lesquelles il doit réagir rapidement et correctement.

Comportement correct d'un point de vue sécurité ? Il poursuit son chemin en ajoutant des points à son score.

Réaction moins bonne pour sa sécurité? Non seulement son score s'en trouve grevé d'un certain nombre de points, mais en plus une vidéo lui détaille les raisons pour lesquelles un comportement différent aurait été plus indiqué.

A la fin d'une partie, l'enfant est informé du score qu'il a obtenu. Il pourra le comparer à celui de ses copains et copines, et, surtout, l'améliorer à la partie suivante...

### Plaidoyer pour la marche et le vélo

D'autres modules visent à réhabiliter ces moyens de déplacement extraordinaires que sont la marche et le vélo.

Ici, l'enfant est invité à revivre les périodes héroïques de l'histoire du vélo.

Ailleurs, il découvre les mécanismes fabuleux qui interviennent dans les mouvements coordonnés de son corps et les bienfaits de ces activités sur sa santé. Ailleurs encore, c'est l'environnement qui est abordé: marche et vélo non seulement respectent, mais permettent la découverte passionnante de la faune et de la flore de nos campagnes, bien sûr, mais même de nos villes!

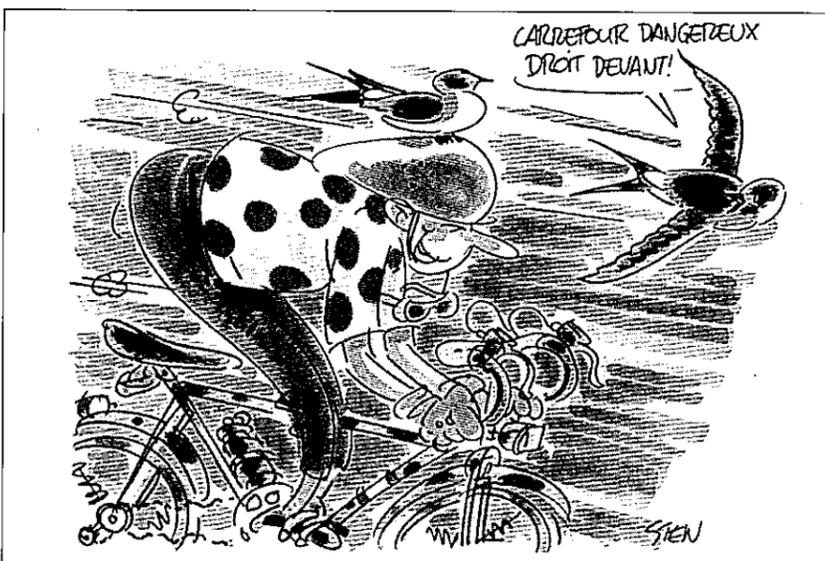
N'oublions pas les grandes références sportives en marche, courses à pied et courses cyclistes, l'explication détaillée et humoristique des panneaux de signalisation routière et l'ABC du petit mécanicien pour entretenir et réparer soi-même sa bicyclette. L'enfant fait ces découvertes à son rythme, selon ses envies et intérêts du moment. Au cours de ses "balades", il peut gagner des points supplémentaires en répondant correctement à des questions qui lui sont posées sur ces six autres modules...

### Un jeu, c'est bien, mais est-ce suffisant?

Evidemment non! Il ne remplace pas l'apprentissage pratique de la marche et du vélo, d'abord en milieu protégé, puis sur voie publique; d'abord accompagné, ensuite seul pour des trajets préalablement repérés avec un adulte. Il faut aussi agir sur la législation et sur l'aménagement du territoire pour rendre une place prioritaire aux usagers dits "faibles".

*En pratique: cédérom pour les enfants de 8 à 13 ans, jouable sur MAC ou PC. Il sort de presse ces jours-ci.*

*Renseignements: FESC, Pierre Baldewyns, Place Saint-Jean 1 / 2, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.04.54.*



## Les projets

### ■ Accidents domestiques

Campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone.  
Promoteur: Cultures & Santé, av. de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/513.56.99.  
Montant: 2.500.000 F.

### ■ 'Autopsie d'une bouteille'

Colloque-spectacle sur l'alcoolisme.  
Promoteur: asbl Parler d'être, av. Alexandre Bertrand, 65/9, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/343.12.08.  
Montant: 278.000 F.

### ■ Carolo Cardio Santé

Projet pilote de promotion de la santé cardio-vasculaire (sur 5 ans, 7e phase financée en tenant compte d'une étude préalable à l'implantation du programme).  
Promoteur: Carolo Cardio Santé, Dr Fanny Hoeffelman, Espace Santé, Bd Zoé Drion 1, 6000 Charleroi. Tél.: 071/28.44.83.  
Montant: 2.300.000 F.

### ■ Education pour la santé en ZEP

Action d'éducation pour la santé globale auprès de groupes de parents d'une zone d'éducation prioritaire.  
Promoteur: asbl Promosanté scolaire et familiale, rue Fransman, 1020 Bruxelles.  
Montant: 500.000 F.

### ■ 'Je grandis... je vieillis'

Programme d'éducation à la vieillesse et au vieillissement centré sur le cycle de vie et destiné aux enfants et aux adolescents de la Communauté française.  
Promoteur: asbl Entr'âges, rue de la Prévoyance 60, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/502.70.10.  
Montant: 739.450 F.

### ■ 'Je vous ai apporté des bonbons'

Animation-théâtre sur le bon usage des médicaments, à l'intention d'un public de personnes âgées.  
Promoteur: Espace Seniors asbl, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.02.73.  
Montant: 550.000 F.

### ■ Promoteurs-informateurs en santé à Cureghem

Projet de promotion de la santé communautaire dans un quartier défavorisé d'Anderlecht.  
Promoteur: asbl Les Pissenlits, av. Clé-

menceau 98, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/521.77.28.  
Montant: 2.326.000 F.

### ■ Promotion de la santé à l'école

Développement du Réseau européen des écoles en santé (5e phase).  
Promoteur: Croix-Rouge de Belgique, Service Education pour la santé, Place Brugmann 29, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/349.55.22.  
Montant: 3.000.000 F.

### ■ Santé cardiaque

Programme de prévention des maladies cardio-vasculaires dans la région du Centre, par des interventions favorables sur les facteurs de risque.  
Promoteur: Hainaut Santé asbl, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065/87.27.00.  
Montant: 1.970.000 F.

### ■ Santé des jeunes

Animations collectives auprès des jeunes fréquentant les écoles et associations socio-culturelles d'un quartier de Molenbeek.  
Promoteur: Maison médicale Norman Béthune, rue Piers 68, 1080 Bruxelles. Tél.: 02/411.98.18.  
Montant: 890.000 F.

### ■ 'La santé en mouvement... j'ai mon mot à dire!'

Pratiques culturelles et sportives dans un quartier défavorisé de la ville de Bruxelles.

Année	Nombre de programmes	Montant global
1991	28	37.777.136
1992	18	38.168.000
1993	14	16.984.500
1994	13	18.160.000
1995	10	13.529.225
1996	19	24.371.119
1997	13	24.388.226

*D'après Education Santé n° 69, 78, 91, 95, 108, 117, 128*

### Deux commentaires:

Si on appliquait les nouvelles règles en matière de subventionnement des programmes, pas moins de 9 projets sur 13 devraient passer par les Centres locaux de promotion de la santé et non plus par la Commission d'avis du Conseil supérieur. Autant dire que les futurs centres locaux auront du pain sur la planche!

Promoteur: Maison médicale des Marolles, rue Blaes 128, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/511.31.54.  
Montant: 200.000 F.

### ■ Santé mentale

Promotion de la santé mentale et de la qualité de vie des populations du quartier Saint-François (Saint-Josse-ten-Noode)  
Promoteur: Centre de consultations psycho-sociales 'Le Méridien', rue du Méridien 68, 1210 Bruxelles. Tél.: 02/218.56.08.  
Montant: 998.000 F.

### ■ Forest-Quartiers-Santé

Programme de santé communautaire dans 5 quartiers considérés comme prioritaires à Forest (commune de la Région bruxelloise).  
Promoteur: Maison médicale de Forest, rue du curé 9, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/376.16.82.  
Montant: 2.410.000 F.

## Clôture

Puisqu'on en est à l'heure des bilans, nous avons établi en parcourant la collection d'Education Santé le récapitulatif des programmes subventionnés ces dernières années. En voici un bref aperçu:

## Actualité du concept de santé communautaire

La crise des systèmes de santé est aujourd'hui un fait unanimement reconnu. L'expansion des coûts en matière de santé touche tous les pays industrialisés. Mais la crise dépasse le seul plan économique: l'évolution des sociétés européennes et la crise du capitalisme industriel amènent en eux-mêmes leur lot de pathologie. L'Europe entière est en recherche d'un modèle de service de santé qui rencontre les intérêts, les besoins et les demandes actualisés de la population.

Quand le social se désagrège, le thème des communautés se réveille: c'est dans les hiatus de la couverture sociale de l'état qu'il se développe. Dans les pays à faible couverture sociale, comme les Etats-Unis, les initiatives communautaires construisent un maillon intermédiaire entre l'état et le citoyen.

### La santé communautaire: une notion carrefour

La démarche communautaire est loin de caractériser les services de santé: c'est une dynamique propre aux processus de développement.

Bien conceptualisée depuis Paolo Freire et les expériences sud-américaines, la participation communautaire est pensée comme un processus social dans lequel des groupes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient à définir activement ces besoins, décident de vouloir y chercher une réponse et se dotent des mécanismes destinés à les satisfaire.

Une première définition de la santé communautaire, inspirée des expériences de développement, peut s'approcher ainsi: "Les expériences de santé communautaire sont des tentatives d'amélioration du contrôle par la population de sa propre santé au sein d'un processus plus large où la population contrôle davantage l'ensemble de son devenir."

Ce contrôle s'exerce aux différents niveaux de l'action (émergence de la demande, analyse, identification des problèmes, choix des problèmes prioritaires et des objectifs, méthodes et

stratégies à développer) et implique une interrogation sur le système de santé actuel tant dans sa structure (hospitalocentrisme, formation, priorité du curatif, toute-puissance et rétention du savoir) que dans ses contenus (approche basée sur la maladie, logique d'intervention de type causal).

Curatif, préventif et éducation à la santé doivent s'intégrer dans un processus global de promotion de la santé.

Né dans les années 70, principalement au Québec, le concept de santé communautaire y est maintenant reconnu et doté d'un statut dans les institutions de santé. C'est là que la recherche est la plus avancée. Témoin



de vingt-cinq ans de combat communautaire, la clinique populaire Point Saint Charles est toujours très activement participative.

Une seconde dimension peut enrichir la définition de la santé communautaire. Dans une perspective plus orientée vers la santé publique et la planification sanitaire, Raynald Pineault la considère "... comme un ensemble de méthodes et d'outils pour une planification dont le point de départ est l'état de santé d'une population et dont l'objectif est d'assurer une adéquation entre les ressources mises à disposition et les besoins de santé."

Le concept de santé dépasse celui de morbidité "objective" et rencontre celui de morbidité "ressentie". Sa mesure ne se satisfait plus d'indicateurs épidémiologiques mais intègre les indicateurs de type psychosociaux. Dès lors la participation de la population est indispensable.

Par sa nature et ses méthodes, l'approche communautaire en santé tend à lever les cloisons qui empêchent une analyse globale des problèmes de santé, par exemple la séparation entre curatif et préventif. Elle s'applique à tous les problèmes de santé et à leurs solutions, y compris aux nombreuses solutions qui débordent le système de santé.

C'est pourquoi la démarche communautaire implique la participation de tous les acteurs concernés (professionnels, politiques et décideurs, habitants et citoyens), à toutes les phases du processus (élaboration, développement, réalisation et évaluation du programme).

### Huit points de repère

Les aspects méthodologiques de la santé communautaire dépassent le cadre de cet article. Néanmoins, il nous a paru intéressant, sur base de l'expérience et de l'observation, de dégager quelques conditions primordiales de réalisation d'une approche communautaire de la santé.

#### 1. L'état des lieux

Le point de départ incontournable d'un programme de santé communautaire consiste à définir les besoins et les problèmes. Les démarches de santé publique et de recherche épidémiologique nous y ont habitués. Dans le cadre communautaire, il paraît conséquent d'intéresser les acteurs concernés à cette définition à la fois pour obtenir un recueil plus sensible des besoins et pour mobiliser les protagonistes à leur prise en charge. Des choix de méthodologie peuvent

## ■ Vieillir en bonne santé physique et mentale

Ou comment vivre mieux le plus longtemps possible? Contrairement à une idée répandue, 94% des personnes âgées vivent à leur domicile. Le défi du 21e siècle n'est plus de "donner des années à la vie" mais bien de "donner de la vie aux années gagnées". Or la gérontologie moderne formule de formidables messages quant à la possibilité de diminuer les risques de dépendance de la personne âgée. Le livre aborde la question d'un point de vue théorique avec un chapitre sur la bataille de la longévité, un autre sur l'immortalité, ses mythes et légendes, les théories scientifiques et génétiques du vieillissement, la longévité, l'espérance de vie, les causes de décès et les moyens pour réduire la dépendance et la morbidité.

Il aborde ensuite les questions pratiques de la mobilité, de l'alimentation, de la vue, de l'ouïe, de la mémoire et autres capacités intellectuelles, de l'image de soi et des facteurs psychologiques ou liés à l'environnement social.

Écoutons Gilbert Trigano, le fondateur du Club Med que tout le monde connaît, nous parler du livre dans la préface: "Peut-être mon grand âge me rend-il si chaleureux pour ce livre. Il me conduit, curieux, passionné, amusé, intrigué et joyeux à vivre chaque jour chaque heure, avec passion et tendresse et m'apporte l'espoir de cette "mort en bonne santé" sans précipitation, ni urgence car le "Bien-Vieillir" est bien doux à vivre." Puissent sa joie de vivre et son optimisme être communicatifs.

Isabelle Jordan-Ghizzo, "Le Bien-Vieillir. Comment vivre mieux le plus longtemps possible", Editions Frison-Roche, 1997, 216 pages, 986 F. ■

## ■ Vieux et amoureux

On n'est pas sérieux quand on a dix-sept ans. Et on n'est pas vieux quand on est amoureux! Pour preuve, Marthe a attendu septante ans pour avoir le rouge (coquelicot) aux joues. Il a "suffi" que Félix lève une tasse de café à sa santé dans le bistrot où tous deux ont leurs habitudes pour que le tour de l'amour soit joué, le processus ma-

gique enclenché. Dès le lendemain, le thé matinal répugne à Marthe. Envie de café. Envie de changer de tenue pour retrouver "l'homme aux mille cache-col et foulards".

Les enfants s'étonnent de la métamorphose. Doivent-ils s'en réjouir? S'en inquiéter?

Réponses aux questions en s'attardant, comme s'emploie à le faire Noëlle Châtelet, aux effets de la passion sur ses principaux et heureux protagonistes.

V.J.

La Femme coquelicot, par Noëlle Châtelet, chez Stock. ■

## ■ La santé communautaire

Le terme de santé communautaire s'est progressivement développé ces dernières années dans le monde francophone: pour parvenir à améliorer la santé des populations, il est fondamental que les individus, les familles et les communautés concernées participent à leur prise en charge et à leur développement sanitaire.

Il s'agit donc de mobiliser les ressources et les compétences individuelles et collectives vers une appropriation de la santé et de sa gestion. Mais comment cet engagement se traduit-il sur le terrain? Quelles qualités recouvre ce concept? Quels sont les enjeux politiques, idéologiques, culturels ou sociaux de cette conception de la santé? Constitue-t-elle un nouveau modèle d'intervention de santé publique ou en est-elle un complément indispensable? Ne risque-t-on pas d'encourager un transfert de compétences vers des services de santé décentralisés et un désintérêt de l'Etat? Comment envisager les nouveaux rapports entre professionnels de la santé, décideurs politiques et population dans cette perspective?

La première partie de ce numéro présente une série d'articles qui aident à fixer un cadre de référence du concept de santé communautaire, tandis que la seconde partie propose diverses applications possibles de ce concept.

"Les politiques sociales. La santé communautaire", Service social dans le Monde, numéro I et II, 1997. ■

## ■ Psychisme et cancer

Que signifie "rester vivant jusqu'au bout" quand on est atteint de cancer? La médecine, par ailleurs techniquement très compétente, n'offre pas au malade cancéreux, ni à ses proches, de lieu de questionnement et de partage de cette expérience infiniment douloureuse.

Or la maladie n'est pas seulement négative, elle peut aussi être une occasion de mieux comprendre le sens de son histoire et de son existence et, pourquoi pas, de changer sa vie, de découvrir des aspects insoupçonnés de soi-même. Elle peut même être l'occasion de commencer une nouvelle vie, plus authentique. Il est possible, même en étant fort malade, de rester créatif... jusqu'au bout.

La revue trimestrielle "Le journal de Cancer et Psychologie" développe le thème "Psychisme et cancer" à partir du questionnement de Pierre Cazeneuve, d'une part en tant que médecin psychiatre-psychanalyste et d'autre part en tant que malade cancéreux depuis une quinzaine d'années. A l'instar de Freud qui se prend lui-même comme objet de recherche, il consacre toute sa réflexion à cette clinique spécifique du malade cancéreux et à cette maladie psychique qui, selon lui, pourrait faire le lit de la maladie somatique.

Cancer et Psychologie, av. de Tervuren 215, bte 14, 1150 Bruxelles, tél : 02/735.16.97. ■

## ■ Des boutons partout!

Tirbouchonet est un petit cochon bien sympathique qui, un matin, se réveille avec des boutons sur tout le corps. En plus, il a de la fièvre, il a mal à la gorge et aux yeux, il a soif. Quelle tristesse de rester tout seul au lit, et dans l'obscurité en plus! Il fait des cauchemars et se réveille en pleurant. Mais tout va s'arranger...

Un livre ludique, doux, charmant, plein de tendresse et de charme.

Tirbouchonet a la rougeole, texte de Jacqueline Girardon, illustrations de Catherine Mondolini, Père Castor/Casterman, 1998, 28 pages. ■

## La santé une affaire de famille

Les mères ont été longtemps critiquées pour leurs faibles aptitudes à assurer l'hygiène et la santé. Pourtant, toutes les recherches et enquêtes concourent aujourd'hui à reconnaître leurs compétences et à affirmer que, en dépit de la montée en puissance des médias et des experts, l'apprentissage de la santé est véritablement une affaire de famille. Elle s'apprend et se transmet par l'exemple, la parole et le non-dit.

La famille agit avec bon sens, par imprégnation, n'ayant même pas conscience de procéder à un vrai travail éducatif en matière de santé.

L'entretien du capital santé se fait par l'apprentissage des règles d'hygiène (se laver les mains avant de se mettre à table, dormir suffisamment), par la correction de certaines erreurs ou malformations (kiné, orthodontie, alimentation), la limitation des excès de produits nocifs (tabac, drogue, médicaments, alcool) et par la protection contre certaines affections (vaccins, préservatifs).

Deux sujets sont souvent évités: la sexualité (contraception, maladies sexuellement transmissibles) et les problèmes psychosomatiques (sommeil) ou psychologiques (dépression). Pourquoi ? Pour ne pas avoir affaire aux psychologues dont on a peur. Ce qu'on ne sait pas soigner, on le nie.

Si la bonne santé est le résultat de l'équilibre et de l'amour, la mauvaise santé pourrait être culpabilisante pour la famille qui n'a pas pu apporter l'harmonie.

Telles sont quelques réflexions offertes par un dossier sur la famille. On y trouve également le point de vue d'une historienne, les résultats d'une enquête de la Fondation CNP, le résumé de différents entretiens (une responsable d'un service d'écoute anonyme et individualisée, un pédiatre qui s'occupe du soutien et de la prévention d'adolescents à risque, un chercheur spécialiste de l'éducation), etc.

"La santé une affaire de famille", dans le mensuel de "L'école des parents" de février 1998, France.

Pour obtenir ce numéro, F.N.E.P.E., Département diffusion, Impasse Bon-Secours 5, 75543 Paris, Cedex 11. ■

## ABCdaire du gourmet

Comme son nom l'indique, il s'agit d'un petit livre décliné sur le mode alphabétique. Ce pot pourri d'informations prémâchées et d'illustrations appétissantes nous fait voyager à travers les âges et le monde. La gastronomie se découvre à la petite cuillère en parlant de "acide gras" et "additifs alimentaires" pour aboutir à "vin" et "vitamines".

## Santé conjugulée: abonnez-vous!

Santé conjugulée est une revue trimestrielle née de la fusion du " Courrier de la Fédération des maisons médicales " et des " Cahiers du GERM " (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine).

Elle parle de la santé des gens et de ce qui la détermine. Dans une approche pluridisciplinaire, elle diffuse réflexions, témoignages, recherches, projets et analyses qui touchent à la santé des personnes et des commu-

Les tableaux et aquarelles, les photos et dessins sont particulièrement bien choisis et font de ce parcours culinaire un véritable délice. Mille informations y fourmillent, plus délectables les unes que les autres. Pour ceux qui veulent rêver et s'ouvrir à de nouveaux horizons gustatifs.

"L'ABCdaire du Gourmet", par Annie Hubert et Claire Boileau, éd. Flammarion, 1997. ■

nautés. Elle souhaite mettre ainsi en perspective les pratiques et les systèmes de santé dans leur inscription communautaire et sociale.

Santé conjugulée s'adresse à toute personne qui choisit d'être acteur de la santé dans la cité.

Pour vous abonner à cette revue de grande qualité, il vous suffit de faire parvenir le formulaire suivant à la Fédération des maisons médicales, Boulevard du Midi 25/5, 1000 Bruxelles (fax: 02/534.20.97) et de verser le montant de votre abonnement au compte bancaire: 879-2563201-44. ■

Abonnement annuel	Individuel	Institutionnel
Belgique	1.200 F	2.200 F
CEE	1.500 F	2.200 F
Autres	1.800 F	2.500 F
Prix au numéro + port	350 F	450 F

Vous pouvez aussi commander les numéros précédents de Santé conjugulée:

- N°1 : Une politique de la santé.

Les maisons médicales: un outil de santé pour l'avenir

- N°2 : Du substitut du procureur... au procureur de substitut.

La méthadone et après... ?

- N°3 : Le financement des soins de santé primaires au forfait

- N°4 : Susciter la santé communautaire

Les numéros suivants:

- N°5 : La sécurité sociale

- N°6 : Les approches interculturelles

Je souhaite m'abonner à la revue Santé conjugulée et verse ce jour la somme de ..... FB.

Je souhaite recevoir les numéros ..... déjà parus de Santé conjugulée et verse ce jour la somme de ..... FB.

Nom et prénom : .....

Institution ou organisme (si nécessaire) : .....

Adresse : .....

.....

Signature :

contribuer à rendre cette définition plus ou moins participative. L'objectif est d'élaborer un diagnostic de communauté qui n'a d'intérêt que s'il est opérationnalisable et qu'il ait été construit activement avec les partenaires qui seront amenés à l'exploiter.

## 2. La participation de tous les acteurs concernés à toutes les phases de l'action

Classiquement, on distingue trois catégories d'acteurs de la vie sociale: les habitants (ou usagers ou citoyens), les professionnels, les décideurs (ou gestionnaires ou politiques). Il n'y a pas d'intervention qui ne concerne les trois catégories: toute action dans le champ collectif est destinée à des habitants, concerne une activité professionnelle et relève de la compétence de décideurs politiques. Désigner les acteurs et leurs rôles fait partie de la définition même du programme. Les actions qui ne concerneraient que une ou deux de ces catégories sont d'une autre nature que l'approche communautaire: self-help, éducation, aide ou service, promotion de la santé par exemple.

La pratique montre la difficulté de concerner concrètement les acteurs responsables et peut-être plus encore les pouvoirs politiques: introduire la participation dans la gestion publique est encore peu courant. La culture de ces modèles est à développer vis-à-vis des responsables politiques, mais aussi de la population et des professionnels. Cette dimension d'une nécessaire pédagogie de la participation des acteurs pour venir en soutien de l'action communautaire est sans doute insuffisamment prise en compte dans les préalables et mesures d'accompagnement à mettre en place.

## 3. L'utilisation des ressources locales

Le constat de leur méconnaissance est une constante des programmes observés. En tous les cas, il manque une connaissance fine et opérationnelle: au delà du numéro de téléphone, que fait cette institution, dans quels horaires, à quelles questions peut-elle concrètement répondre ? Cette carence se vérifie tant pour les associations voisines que pour le pu-

blic susceptible d'y recourir. Un travail important d'information est encore souvent un préalable indispensable à une coordination.

## 4. Le principe de subsidiarité

Pour des raisons d'économie d'échelle mais aussi de réponses de proximité, ce principe d'utilisation des niveaux de réponse efficaces les moins élaborés permet souvent d'améliorer l'efficacité: si des relations de bon voisinage suffisent pour subvenir à des besoins équivalents à ceux que rencontre une aide familiale, il n'y a aucune raison de recourir à elle et sans doute faut-il d'abord étudier cette possibilité, voire la susciter.

Les "boucles" les plus courtes sont à rechercher. Par boucle, on entend la distance entre le niveau où se pose le problème et le niveau susceptible d'y répondre. En général, les boucles les plus courtes sont économiquement favorables et bénéficient de l'effet de proximité.

Ces deux aspects doivent cependant être estimés: les ressources locales peuvent s'avérer chères et la proximité n'est pas toujours indemne de subjectivisme ou de routine! D'autre part, il faut pouvoir inscrire les boucles locales dans des boucles régionales, communautaires et fédérales: la gestion institutionnelle de la santé est ainsi faite et si l'approche communautaire décloisonne le curatif et le préventif, cloisonnement et stratification restent le modèle du système! Il en va de même dans les secteurs importants qui régissent les déterminants de santé: travail, insertion socioprofessionnelle, culture, éducation, logement...

## 5. Plus de santé en toutes choses...

Plutôt que de créer "de novo" des interventions, des programmes voire des structures de santé communautaire, il sera souvent préférable de sensibiliser à une préoccupation de santé des intermédiaires sociaux hors du champ de la santé. Cette manière de faire rend les différents acteurs plus responsables.

## 6. Le temps

Les différents acteurs n'ont pas la même perception du temps. Pour les habitants, elle sera de l'ordre de l'im-

mediat. Pour les professionnels, elle sera de l'ordre de la subsidiarité et du programme. Pour les décideurs politiques, elle sera de l'ordre du budget annuel et des échéances électorales. A temps différents, attentes différentes...

## 7. L'information et la communication

Il est illusoire d'espérer participation et adhésion des acteurs sans information et visibilité des intentions et des réalisations. Les outils et supports de la communication, habituellement inexistant, sont à inventer. L'information doit porter sur les éléments techniques du projet mais aussi sur les finalités d'ensemble du programme, voire sur les valeurs qui sont sensées être rencontrées. En cela, la santé communautaire comme la planification sanitaire, se construira différemment suivant les valeurs sociales qui la guident et constitue une démarche éminemment politique (libéralisme/solidarité, équité/égalité, autonomie/assistance).

## 8. La formation et les consensus

Dans notre expérience, peu d'acteurs ont du concept communautaire des notions concordantes. La nécessité d'une formation permettant un consensus sur quelques notions théoriques et pratiques est une constante des programmes que nous avons analysés. Cette démarche de formation devrait être continuée; l'intérêt de la construire avec les acteurs du programme est d'y trouver, hors de l'activisme, un espace de recherche de consensus comme élément moteur et évaluateur.

La santé communautaire, intégratrice de méthodologies d'approche participative des problèmes de santé d'une population... un outil pour la construction d'une politique de santé adaptée aux besoins actuels de santé.

Jacques Morel, médecin généraliste.

Extrait d'un article publié dans le dossier "Susciter la santé communautaire" de la revue "Santé conjugulée", avril 1998, numéro 4, trimestriel de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones. ■

## Produire de la santé par la pratique communautaire

La pratique qui s'inscrit dans un système de solidarités et de dialogues:

- horizontal, entre pairs;
  - vertical, entre couches sociales, catégories professionnelles ou tranches d'âges;
  - durable, tenant compte des générations présentes ou à venir;
- qui, en outre, s'applique à la santé, c'est ce que nous appelons "santé communautaire".

La santé communautaire sert à caractériser un ensemble de programmes, d'actions ou de projets intégrés qui ont été mis en place bien avant les années '80. L'essentiel de ces activités avait pour cadre le Tiers monde et la coopération au développement. On la retrouve alors sous différentes formes nées des nécessités locales et des idées "politiques" des promoteurs de ce type de projet.

Pour certains, on a affaire à une idéologie, pour d'autres, c'est une technique ou une attitude.

On peut certainement dire que c'est un ensemble de pratiques qui reposent:

- sur une base collective "communautaire" locale que ce soit à caractère géographique ou institutionnel (un village, un hôpital pour enfants et les parents, une école);
- sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités, qui implique la population (un diagnostic) et qui inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité (ébauches de solutions, micro-réalisations, réseaux de solidarités);
- sur la participation de tous: spécialistes, professionnels, administratifs, politiques et usagers. Participation autant représentative que directe.

Elle permet à la fois l'adaptation aux circonstances, mais aussi le travail collectif pour l'action sur les conditions de vie.

On peut dire qu'il est possible de travailler en santé publique indépendamment des soucis et des recommandations de la population. Par contre, on ne peut faire de la santé communautaire sans que la population ne partici-

pe à l'analyse des problèmes et ne comprenne et ne participe à la démarche qui mène aux actions.

### Reconnaître que la population dispose de savoirs pertinents

La pratique communautaire considérée en quelque sorte les citoyens comme des "experts" de ce qu'ils vivent, affrontent ou gèrent au quotidien.

Elle vise à renforcer cette capacité, non à l'amoiner.

Les "profanes", les habitants, les usagers, les patients, sont 24 heures sur 24 concernés par ce qu'ils vivent, ce qui est rarement le cas des professionnels. Les usagers ont forcément construit une conscience plus aiguë de ce qu'il est intéressant de développer, ou des éléments importants d'une situation.

Autant d'informations dont l'expert ne dispose que de seconde main. Et auxquelles il ne consacre journalièrement qu'une part infime de son attention. Tout expert a bien sûr des connaissances que le profane n'a pas, mais il a aussi des zones d'ignorance et une "inexpérience" qui peuvent être comblées par les usagers considérés comme acteurs. Tout particulièrement pour ce qui concerne les phénomènes collectifs: les traits culturels, les aspirations, les relations d'entraides, les savoirs et les solutions déjà retenues.

### S'adresser à tous les acteurs

On l'a dit, c'est d'abord à des groupes, des collectivités, des communautés que s'adresse la santé communautaire: un quartier, des patients réguliers d'une polyclinique, une école, ses élèves et leurs parents...

A priori tous dans le groupe sont concernés: les professionnels, les citoyens - habitants, commerçants - et même, les décideurs politiques et leurs administrations.

Les acteurs doivent d'abord faire connaissance et apprendre à gérer leurs différences par la négociation. Ils connaissent des rythmes et des tem-

poralités différentes selon leurs préoccupations et le degré de priorité qu'ils leur attribuent.

C'est en s'attachant à la collaboration de proportions significatives de chaque catégorie d'acteurs que le travail communautaire prend forme et qualité.

### Une démarche résolument interactive

Tout repose sur le dialogue et la mise en débat, bref l'interactivité. Ce qui exige du temps.

En santé communautaire, toute planification est interactive, et adaptable, pour tenir compte des points de vue et des rythmes de chacun. L'évaluation de ce qu'on fait, se déroule en continu et réoriente souvent l'action en cours de route. Cette régulation intègre les éléments issus de l'évaluation.

### La santé communautaire permet de potentialiser les investissements existants...

Sur le plan financier, la santé communautaire permet de potentialiser les investissements sans les accroître significativement, en regard des sommes dépensées en consommation de soins, en infrastructures etc.

Et la santé communautaire n'exige en rien la mise en place de nouvelles infrastructures sanitaires pour aboutir.

À coûts financiers équivalents, des services réorientés par la participation des populations peuvent éviter des gaspillages provenant de multiples inadéquations à la demande sociale locale. De ce fait ces réorganisations dégageraient dans certains cas, des moyens pour améliorer les services demandés.

La production de santé par la réduction de risques collectifs liés à certaines options techniques ou l'amélioration du cadre de vie, autorisent à envisager une réduction de certaines demandes.

La mobilisation des acteurs permet la production de ressources dans le cadre du milieu de vie, de la qualité d'accueil des services, de la gestion

De manière à rendre le projet plus acceptable et plus gérable à moyen terme, un des responsables du projet contacte des partenaires aptes à s'inscrire dans une démarche de développement communautaire et à s'investir dans l'animation de groupes en milieu populaire.

Ainsi de nouvelles collaborations s'installent avec des travailleuses médico-sociales de l'O.N.E., de la SONEFA (service des modes d'accueil de la petite enfance - Namur), une infirmière sociale bénévole, d'autres travailleurs du service social du CPAS (cellule d'insertion, maison d'accueil "les Trieux", service d'accompagnement,...), le centre de documentation de l'I.P.H.S., une infirmière sociale stagiaire, l'Union Royale des Pharmaciens de la Province de Namur,...

A partir des besoins identifiés précédemment par le groupe de pilotage, un premier atelier "Pharmacie familiale, santé au quotidien" est conçu sur base d'une pédagogie centrée sur le vécu de chacun, porteur de savoir, savoir-faire et savoir-être et sur le partage des expériences personnelles. Les méthodes utilisées se veulent actives permettant l'implication de chaque participant.

La santé est considérée sous l'angle du bien-être et de la qualité de la vie, dans une optique de réactivation des liens sociaux.

L'approche est centrée sur la maîtrise de méthodes simples d'évaluation d'un problème de santé (p. ex.: fièvre chez l'enfant, maux de ventre, blessures, brûlures,...), de modes d'action efficaces qui permettent de gérer au mieux les situations et de renvoyer

avec clairvoyance au médecin si nécessaire.

### Et concrètement...

Par le biais d'un feuillet attractif conçu par le groupe de femmes initial et l'ensemble des partenaires, les travailleurs du service social du CPAS diffusent l'information auprès des ayants-droits et les invitent à participer à l'atelier "santé". Par ailleurs, un groupe est constitué au sein de la maison d'accueil "Les Trieux"; un autre au sein du service d'insertion socio-professionnelle.

Durant trois mois, de fin janvier à mi-avril, à raison de 2h30 par séance, les participants se rencontreront une douzaine de fois.

Dans chacun des trois groupes de travail mis en place, le contenu est amené par les participants, en fonction de leurs préoccupations et de leurs questions. Au terme de chaque rencontre, les sujets abordés font l'objet de synthèses communes au sein de chaque groupe, synthèses reprises et structurées (avec l'aide des permanentes du CLPS) sous forme de fiches pédagogiques.

Des réunions de concertation régulières entre l'ensemble des partenaires, en ce compris le CLPS, permettent d'assurer aux animations un fil conducteur commun.

### L'évaluation

Au sein de chaque groupe, ce premier atelier se clôture par une évaluation collective portant tant sur les contenus envisagés que sur les méthodes utilisées; globalement, une grande satis-

faction se dégage: les personnes ont particulièrement apprécié de se rencontrer régulièrement pour parler ensemble de la santé; elles ont manifesté leur enthousiasme pour les méthodes actives utilisées par les animateurs.

Plusieurs s'estiment plus aptes à faire face à des problèmes concrets; certains regrettent le manque de régularité de participation et d'aucuns pensent que certains sujets auraient pu davantage être approfondis.

L'équipe d'animation souligne pour sa part la richesse du partage des expériences de chacun au sein des groupes ainsi que l'esprit de convivialité qui a régné lors de chaque rencontre.

Pour l'ensemble des partenaires, le travail réalisé a nécessité un gros investissement, dépassant quelquefois le possible... et largement sous-estimé au départ.

Cet atelier "santé" ne constitue que la première phase d'un projet inscrit dans le long terme au sein du CPAS de Namur. Les premiers éléments nous permettent de constater que d'autres moyens devront être mobilisés pour lui assurer une nécessaire continuité; de nouveaux partenaires devront être enrôlés en fonction de leurs compétences spécifiques pour répondre tant aux soucis des décideurs politiques qu'aux attentes des bénéficiaires eux-mêmes.

Bénédicte Reginster et Nathalie Loutz, Centre Local de Promotion de la Santé de Namur

Pour tout renseignement: Mr J. Burnotte, animateur de projet, CPAS de Namur. Tél: 081/22.06.39 - 24.24.71

## Promotion Education Santé à Bruxelles

Le 24 octobre, journée d'études commune aux trois unités de promotion éducation santé des Ecoles de Santé publique UCL-RESO, ULB-PROMES, ULG-APES: "1988-1998: 10 ans de promotion éducation santé" à l'occasion des 10 ans de ULB-PROMES.

Depuis 10 ans, les activités et les compétences en promotion santé ont fleuri en Communauté française de Belgique, notamment dans le secteur des lieux de vie. Les Unités d'éducation pour la santé et de promotion de la

santé des Ecoles de Santé publique vous invitent à partager vos expériences et réflexions dans ce domaine.

Séance plénière en matinée avec comme intervenants Gaston Godin, Danielle Piette, Philippe Mairiaux et Alain Deccache.

Colloques-débats l'après-midi sur les "milieux de vie en santé":

- écoles en santé;
- entreprises en santé;
- quartiers en santé;

- milieux de soins promoteurs en santé;
- milieux d'accueil de la petite enfance.

Lieu: Campus Erasme de l'ULB, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Frais d'inscription: 1000 FB (repas et dossier inclus); étudiants 200 FB (550 repas inclus).

Renseignements auprès des secrétariats des Unités: ULB-PROMES 02/555.40.97; UCL-RESO 02/764.50.70; ULG-APES 04/366.28.97.

## Une nouvelle expérience au CPAS de Namur

Jeudi 4 mai 1998, 14 h 00: dans un bureau transformé pour la circonstance en un lieu de rencontre, se côtoient diverses personnes réunies pour un moment festif: des responsables politiques du CPAS, des chefs de service, les bénéficiaires du CPAS participant au projet, les animateurs de ces groupes, une pharmacienne namuroise, les responsables du projet "santé", les permanentes du CLPS de Namur.

Tout le monde est là pour ce moment de convivialité qui met un terme à la première phase d'un "projet santé" en faveur et avec des ayants-droit du CPAS de Namur. Tous prennent part à un jeu collectif sur la santé, spécialement conçu dans le cadre des ateliers "santé"; ils évoquent ensemble les bénéfices et les difficultés du projet dans lequel ils se sont investis. Les bénéficiaires de l'aide sociale reçoivent leur "pharmacie familiale" et le fichier qui l'accompagne.

Le projet a une histoire... une histoire faite de beaucoup de motivations individuelles, de travail collectif, de collaborations multiples, d'enjeux diversifiés,...

Nous l'avons suivi, presque dès ses premiers balbutiements, et nous vous le présentons, avec notre regard propre lié à notre expérience de conseil méthodologique, sachant qu'il reste encore beaucoup de chemin à parcourir: celui d'un changement de culture institutionnelle durable et de mise en place, à terme, d'une logique de promotion de la santé globale.

### Origine

La promotion de la santé auprès des personnes défavorisées ou marginalisées est devenue l'une des priorités du CPAS de Namur. Dans cette perspective, des "ateliers santé" ont vu le jour au cours du premier trimestre de cette année.

Dès 1995, le Comité spécial de réinsertion inscrit la promotion de la santé des usagers du service social dans ses priorités; deux travailleurs sociaux sont chargés de structurer un projet apte à engendrer une dynamique de promotion de la santé auprès des bénéficiaires de l'aide sociale et/ou du minime.

cières de l'aide sociale et/ou du minime.

Au début de l'année 1996, les premiers jalons sont posés par la mise en route d'ateliers intitulés "Les midis de la qualité de la vie" qui réunissent des femmes en situation d'apprentissage professionnel, d'une part au sein d'un magasin de seconde main, d'autre part au sein d'un groupe d'alphabétisation de l'association "alpha 5000".

Ces ateliers ont pour objectif de permettre aux participantes de partager leurs expériences et leurs savoirs individuels par rapport à toute une série de questions relatives à la santé et à la qualité de la vie: stress, dépression, équilibre alimentaire, consommation de médicaments, connaissance de son corps, relations mères/enfants... Un deuxième objectif sous-tend la démarche: permettre aux personnes concernées de mieux se connaître et de se réapproprier individuellement le savoir collectif. Des animateurs extérieurs sont sollicités pour répondre à certaines questions.

Si cette opportunité de rencontre plaît beaucoup aux participantes, l'expérience s'avère néanmoins difficile à gérer à terme; les conditions et le cadre prévus ne permettent pas un ancrage dans la continuité.

Après évaluation et remises en question du processus entamé, s'amorce la deuxième étape au cours de laquelle deux approches différentes mais complémentaires sont entamées.

### Quels besoins?

Afin d'impliquer l'équipe des travailleurs sociaux chargés de l'aide individuelle au sein du CPAS, les deux responsables du projet les réunissent pour les sensibiliser et ensuite constituer ce qu'ils appellent "le groupe de pilotage".

L'objectif de ce groupe est de réfléchir ensemble au projet à mettre en place, ce qui implique finalement un changement de culture au sein d'une institution très structurée.

Une action "journal de bord" est initiée grâce à la collaboration de plusieurs travailleurs sociaux qui, pendant six mois, recueillent toutes les informations transmises par les bénéficiaires,

relatives à leur santé, les problèmes qu'ils rencontrent dans la gestion de leur santé, leurs représentations, leurs besoins, leurs questions. Ces observations concernent aussi bien l'aspect "santé physique" que les autres volets "santé mentale" et "santé sociale".

Les informations recueillies font l'objet d'une étroite confrontation avec la littérature existante, ce qui permet, par le biais de l'éclairage théorique, de replacer le projet dans toute sa globalité.

Parallèlement, dans le cadre d'un stage de réinsertion socio-professionnelle, la réflexion se poursuit au sein d'un groupe de femmes. Elles mettent en commun leurs représentations de la santé dans le but de réaliser une campagne d'affichage au sein du C.P.A.S., qui vise à mobiliser d'autres bénéficiaires de l'aide sociale à participer au projet "santé". Ce travail s'accompagne de la réalisation d'une affiche avec l'aide du service "communication médias" de Question Santé.

En outre, le groupe élabore un questionnaire destiné à collecter les suggestions et les attentes en matière de santé du public du C.P.A.S. présent dans la salle d'attente. Elles procèdent elles-mêmes aux interviews.

Le groupe de pilotage assure le suivi du processus et est le garant d'un enracinement du projet au sein du service social; les chefs de service qui y participent portent cette préoccupation au niveau des instances politiques de décision.

### De l'action communautaire

A ce stade, les permanentes du C.L.P.S. mettent l'accent sur l'intérêt, voire la nécessité d'inclure les personnes concernées en première ligne par le projet santé, à savoir les bénéficiaires: les solliciter pour l'élaboration d'un programme de promotion de la santé susceptible de répondre au mieux à leurs besoins et leurs attentes.

Conjointement, les décideurs politiques demandent aux responsables du projet de lancer celui-ci concrètement sur le terrain et de mettre en veilleuse la phase de réflexion commune.



de l'environnement physique. Elle mobilise les ressources de l'environnement social.

### ...mais elle exige des efforts individuels et collectifs dans la transformation d'habitudes ou de routines institutionnelles

Pour les professionnels, le changement d'habitudes introduit par la prise en compte des "non-professionnels" comme "acteurs et partenaires" de travail et "émetteur d'avis autorisés" implique des coûts de temps, - et souvent d'argent - et aussi un investissement personnel en effort d'ouverture et de compréhension.

Les citoyens sont encouragés à quitter leurs rôles passifs - objets d'étude pour la science et bénéficiaires de soins pour la médecine, cibles pour l'éducation à la santé - pour en arriver au statut d'acteur. Mais ils ne sont pas forcément préparés à cette transformation.

Marginalement peut-être, des acteurs de chaque catégorie peuvent y trouver personnellement un bénéfice direct, en plus d'une contribution à la production de bien-être.

Les professionnels sont soulagés du poids de "se mettre à la place" des autres. Ils disposent par la rencontre avec la population d'une évaluation de leur travail et de repères plus "réels" pour évaluer leurs progrès.

Les citoyens replacés au rang d'acteurs, retrouvent par là une dignité que la prise en charge leur enlève.

Des catégories spécifiques de la population, ceux qui sont exclus du travail par l'âge, la déqualification ou

plus banalement, l'économie, trouvent dans la possibilité de se prendre partiellement en charge une "valeur" sociale perdue et une amélioration de leurs conditions de vie.

Sans constituer une solution économique au chômage ou à la préretraite, l'occasion de contribuer au bien-être collectif permet de s'affirmer comme "utile et sain", même quand l'économie pure ne fournit qu'un statut de "parasite" ou de "bouche désormais inutile", lequel statut est, on le sait, plutôt facteur de dépression et de consommation de soins.

### On considère l'absence de maladie comme une ressource, un indicateur parmi d'autres de ce qu'est la santé, mais pas comme une finalité, un but à atteindre

La pratique communautaire fait intervenir le point de vue et l'activité de non-spécialistes de la santé, les citoyens et les usagers dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des décisions et des actions.

Confrontée aux demandes et aux perceptions des problèmes exprimés par la population, la santé communautaire remplace depuis longtemps la santé dans un cadre global.

En effet, il arrive souvent que les demandes de santé des citoyens ne concernent pas le domaine traditionnel assigné à la santé publique ou aux médecins.

Exemple: l'aménagement de passages cloutés à la sortie d'une école, la diversité et la qualité des repas scolaires, la réparation de feux de signalisation, l'aménagement d'espaces

verts, le contrôle de la pollution et du bruit des poids lourds en ville, sont des demandes qui sont cataloguées comme touchant à la santé par les habitants.

### La pratique communautaire produit de la santé, de la qualité de vie, de la dignité, du changement social

En renforçant la capacité individuelle à gérer les problèmes, en reconnaissant cette faculté dans les populations, en donnant à chacun l'occasion de contribuer à des projets collectifs, la santé communautaire produit de la dignité.

C'est parce qu'elle semble particulièrement apte, par son caractère démocratique, à conjuguer les actions et les préoccupations des "citoyens" que la santé communautaire peut effectivement le mieux servir à produire de la qualité de vie.

En rendant possible la participation de tous à des projets, la santé communautaire peut produire du changement social tout en se situant dans un environnement mouvant.

C'est en travaillant sur les conditions de la santé que les pratiques communautaires contribuent à produire de la santé.

Une définition de la santé comme "globale, complexe, car à la fois production d'une ressource et renforcement de capacités individuelles et collectives", émerge de la pratique communautaire. Elle rejoint celle plus officielle de la promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa.

Extrait de "La pratique communautaire dans la promotion de la santé: quelques réflexions" du groupe de travail constitué de Martine Bantuelle, Pierre-Alain De Henau, Thierry Lahaye, Jacques Morel, Patrick Tréfois, janvier 1998.

Cet article a été publié dans le dossier "Susciter la santé communautaire" de la revue "Santé conjugquée", avril 1998, numéro 4, trimestriel de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones.

### Pour ne pas tout mélanger...

Les mots "santé publique", "prévention", "santé communautaire", "éducation à la santé", "promotion de la santé" se retrouvent aujourd'hui sous de multiples plumes comme des mots-clés dont le sens semble se recouvrir.

On ne sait plus exactement si ces termes désignent un cadre de pensée, une technique, un projet de société, la politique ou les habits neufs d'idéologies diverses.

À nos yeux, en tout cas, une clarification s'impose.

#### La santé publique: un secteur de l'action et de la politique publique

À notre sens, ce terme doit désigner la mise en œuvre d'une politique liée au développement global de la santé. Cela comprend différentes facettes qui vont de la gestion du système de soins, l'établissement et la gestion de normes alimentaires et de l'hygiène, le contrôle

sanitaire des transports, la gestion des déchets et des eaux usées, l'éducation à la santé, la prévention, l'information.

Ces différentes fonctions de la santé publique peuvent être prises en charge par des mandataires publics et des administrations différentes.

Parfois on réduit encore la définition de la santé publique au système de soins, bien que d'autres entités administratives aient nommément la santé (ou l'hygiène) dans leurs attributions.

#### La promotion de la santé, un cadre conceptuel pour l'action publique dans tous les secteurs

Ce terme désigne une stratégie globale qui vaut autant pour les politiques de santé publique que pour toute la gestion publique. Il s'agit de faire valoir les aspects de santé publique présents dans des secteurs habituellement séparés de la santé dont les plus évidents sont la gestion de l'environ-

nement, la sécurité routière, la politique du logement ou les politiques de l'emploi.

La définition de la santé portée par la promotion de la santé n'est pas limitée à l'absence de maladie mais au contraire étendue à la qualité de la vie et à la capacité individuelle et collective d'agir en faveur de cette santé.

#### La santé communautaire, une pratique et une méthode de travail en santé publique, inscrite dans le cadre de la promotion de la santé

La santé communautaire est une pratique ou une méthode qui repose sur les principes de décloisonnement, de l'implication de la population dans l'identification de ce qui lui fait problème, de la mobilisation des capacités de la population à s'adapter ou à évoluer, de la participation des membres de cette population à l'ensemble du processus.

## Drogues et société<sup>1</sup>

Traiter en peu de mots d'un sujet aussi largement défini que "drogues et société" m'oblige à entrer directement au cœur de la question de savoir ce qui associe les deux termes: "drogues et société". Je voudrais aller au-delà des banalités qui nous font dire de la drogue qu'elle constitue une "menace pour la société", un "problème de société" ou un "phénomène de société". Je ferai d'abord un sort trop rapide à l'idée que la drogue serait un problème de société. Je crois en effet que c'est plutôt une solution de société. J'y reviendrai. Pour aller au-delà des banalités, il faut les prendre au sérieux.

### Un phénomène de société

De société? Si la drogue est un phénomène de société, il faut se résoudre à l'idée que ce problème dépasse toute étiologie individuelle et transhistorique. Pour être "de société", la drogue et ses usages relèvent bien d'un temps et d'un lieu définis collectivement. Les

drogues relèvent du collectif, et leurs usages (avec leur genèse, leur construction et leur évolution) constituent bien une question politique.

Un phénomène? Si la drogue est un phénomène, c'est, selon le dictionnaire, "ce qui se manifeste à la conscience par les sens ou par une modification psychologique, affective". La philosophie ajoute à cette signification celle d'apparence. Un phénomène, c'est ce qui relève du visible, ce qui se montre ou est montré. Mais la substance (le noumène) et le sens restent cachés. Les usagers de drogues se tiennent au cœur de ce paradoxe qui conjugue la monstration sociale et la clandestinité, l'apparente évidence et le secret le plus absolu. Je me cache pour mieux être vu. Ou je me montre pour mieux assurer, au monde comme à moi-même, que quelque chose échappe à la vue.

La substance des usages des drogues n'est pas la drogue, le produit que l'on

consomme. Cette substance (ce sens) est construite par chacun dans l'usage qu'il en fait. J'ai proposé il y a longtemps déjà une définition provocante de la toxicomanie, provocante mais juste<sup>2</sup>. Est toxicomane tout qui place la drogue en position de sujet, qu'il en consomme ou non.

Un phénomène donc, une croyance partagée (par l'usager de la drogue comme par l'usager de son nom) en l'effet d'un produit. La drogue agit surtout par cette puissance imaginaire attribuée à un objet inerte. Que cette puissance tombe, c'est ce que l'on peut souhaiter de mieux à un individu qui retrouverait peut-être, au-delà de cette chute de l'objet, sa place du sujet. Mais ce n'est pas aussi simple. La clinique, qui rend compte de la singularité du sens des usages, indique que l'on ne se drogue pas pour rien, et que, parfois, à vouloir priver (sans son consentement ou avec la conviction que l'on a de ce qu'est son bien) l'usa-

D'après l'enquête, il ne faut pas nécessairement une occasion spéciale pour sortir le barbecue. La plupart des Belges cuisent leurs brochettes et côtelettes sur un barbecue à charbon de bois qu'ils allument avec des allume-feu, du papier journal ou du bois. 14% d'entre eux allumeraient le barbecue avec du liquide inflammable. Pour réactiver le feu, le système de soufflet semble avoir la cote (agiter un couvercle de casserole, utiliser un sèche-cheveux ou simplement souffler sur les braises).

L'étude de Dimarso démontre que 30% des Belges n'ont aucune idée des mesures préventives à prendre lorsqu'ils utilisent un barbecue. Parmi les personnes qui prennent des mesures préventives, 17% veillent à tenir les enfants éloignés du barbecue et 15% prévoient un seau d'eau à proximité.

### 10 conseils pour éviter que la fête ne tourne au cauchemar

#### Emplacement du barbecue

1. Placez le barbecue à une bonne distance de toute substance inflammable et vérifiez sa stabilité.
2. Eloignez les enfants et les invités.

#### Le cuisinier

3. Désignez une personne qui s'occupera du barbecue (et une seule !).
4. ... et qui devra rester sobre!
5. Ne portez pas de vêtements larges, inflammables; utilisez par contre un tablier spécial pour barbecue.
6. Utilisez des maniques isolantes et des accessoires munis de poignées en bois.

#### Le barbecue

7. N'utilisez pas de produits liquides pour réactiver le feu.
8. Gardez toujours à portée de main: une couverture anti-feu, un seau d'eau, un seau de sable fin et un extincteur.
9. Allumez le barbecue avec du charbon de bois répondant aux normes CE.
10. Après le repas, éteignez le feu avec de l'eau ou du sable.

Bonnes vacances, et bons barbecues en sécurité!

## Réagissez avec le RéAJC!

Le RéAJC asbl (Réseau-Association des Jeunes Consommateurs) vient de publier, sous forme d'une synthèse destinée aux chercheurs et d'un rapport destiné aux jeunes (leurs propres paroles), les résultats d'une enquête qualitative sur "Boire" auprès d'une centaine de jeunes des deux premières années du secondaire (Bruxelles et Jodoigne).

Cette étude supervisée par Promes, l'Unité de Promotion Education Santé de l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles fut menée avec le Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl (CDCS) grâce à des subsides du Service de la Jeunesse de la Communauté française.

Que ressort-il essentiellement de cette enquête? Les jeunes sont préoccupés par la santé. Ils savent que l'excès de sucre est nocif, qu'en général les boissons sucrées ne désaltèrent pas. Les boissons au cola, par exemple, deviennent pour certains une drogue. Mais ils n'ont guère d'autres choix de boissons à l'école. C'est pourquoi ils revendiquent fortement l'accès, quand ils ont soif, à une eau de boisson bonne, fraîche, si possible gratuite

et dans des conditions d'hygiène suffisantes. Quelle que soit la qualité gustative de l'eau dans une école donnée, il est possible d'apporter à cette question une solution peu coûteuse: installation de robinets-fontaines (si l'eau de distribution est satisfaisante) ou installation de "fontaines" (mini-containers).

Et combien d'adultes n'ont-ils pas soif d'eau? Pourquoi pas l'eau gratuite dans les bureaux, les tavernes et les restaurants, les hôpitaux, les réceptions et... pour faire la fête?

Pourquoi "Boire"? Le RéAJC se fonde sur les études de Marge Reddington<sup>1</sup> concernant les besoins vitaux et leurs signaux de manque. Boire est le troisième besoin vital classé par ordre décroissant d'urgence (tous les besoins étant d'égale importance). Les deux premiers besoins sont la sécurité physique et l'oxygène. Il est le premier besoin dont la satisfaction suppose à la fois un budget et un rapport à l'environnement, à la santé, des choix personnels et collectifs responsables.

Notre objectif principal était de mobiliser des jeunes par la prise de conscience d'un besoin vital et ainsi,

de promouvoir dans leur esprit la mise en train de l'amélioration de leur bien-être. Nous croyons dans leur capacité de réflexion et d'action équitable et solidaire. Le rapport des paroles de jeunes, et en particulier, des informations qu'ils souhaitent et des changements qu'ils demandent, pourrait susciter la mise en place de "Clubs RéAJC" (5 à 7 jeunes), y compris en Europe, grâce au réseau Internet.

Marthe-Marie Rochet, Présidente de l'asbl RéAJC.

Compte rendu de l'étude : 120 FB (+ 40 FB de port) - rapport destiné aux jeunes : 180 FB (+ 50 FB de port) à verser sur le n° de compte de l'asbl RéAJC 068-2207457-55.

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre la présidente de l'asbl au 019/63.75.10 (tél-fax).

1. Marge Reddington est l'auteur de l'ouvrage en anglais "Health, Happiness and Human needs" (1994), Institut International de Symbolization Europe c/o Maryse Rienstra, Présidente - tél.: 02/358.20.54.

## Prévenir les brûlures? Un jeu d'enfant!

Les traumatismes ne résultent pas de la fatalité. Toutes les approches reconnaissent qu'il est possible de diminuer la mortalité et la morbidité dues aux accidents par une approche préventive. Cela est applicable à tous les domaines et à tous les lieux de vie.

L'origine des accidents est toujours multifactorielle: facteurs liés à la victime (son âge, son caractère, etc.), facteurs liés à son entourage (est-il plutôt éducateur ou protecteur?), facteurs liés à l'environnement (contrôle des produits, aménagement des lieux, etc.).

Trois conditions peuvent augmenter l'efficacité des programmes de prévention:

- la combinaison d'actions portant sur les comportements et sur l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique, organisationnel, etc.);

- la mise en commun des compétences des professionnels issus de différents milieux et de divers secteurs d'intervention;

- l'implication des groupes de population concernés par la problématique.

Le programme "Prévenir les brûlures? Un jeu d'enfant!" a relevé ce défi. Pour le mener à bien, des professionnels du monde médical, de l'éducation, du social et des assurances ont uni leurs efforts. Ils ont élaboré des messages qui attirent l'attention sur l'attitude éducative des parents ainsi que sur les moyens permettant d'augmenter la sécurité de la maison. La démarche a privilégié une transmission des informations par des relais en vue d'être plus proches des préoccupations de la population et de chercher à mettre en œuvre des réponses mieux adaptées qui produiront des effets dans la durée.

Le programme "La prévention des brûlures? Un jeu d'enfant!" est complémentaire à d'autres programmes et s'inscrit dans une démarche globale de promotion de la sécurité.

### Moyens pédagogiques

Les intermédiaires constituent le principal public cible du programme vi-

déo. Il s'agit en fait des personnes activement en contact avec les parents, les mères d'accueil, les grands-parents, les gardes d'enfants et autres.

Les intermédiaires disposent d'un petit manuel en fonction du type d'accompagnement qu'ils souhaitent prodiguer. Il contient, d'une part, quelques modèles de travail et, d'autre part, un certain nombre d'informations contextuelles.

Un dépliant informatif est destiné aux parents, mères d'accueil et autres. Le contenu du programme vidéo y est fourni en résumé. Cette mise à disposition d'un dépliant vise à permettre aux parents de "digérer" ultérieurement en toute quiétude l'information dispensée dans le programme vidéo.

### Présentation du film vidéo

Le scénario de la vidéo se divise en trois séquences d'images. Ces séquences correspondent à des catégories d'âge: enfants de 0 à 1 an, de 1 à 2 ans, de 2 à 5 ans. Chaque séquence illustre deux à trois situations à risque et est suivie d'un résumé au cours duquel nous dispensons un conseil de prévention par rapport aux risques illustrés. Exemple: avant de donner le biberon chaud à l'enfant, verser une goutte sur l'intérieur du poignet pour voir si le lait n'est pas trop chaud.

La vidéo a été conçue de manière à permettre aux participants d'en discuter le contenu après chaque séquence. Ensemble, avec les parents, il est possible de vérifier les risques observés, d'en identifier les causes et de voir comment les prévenir. La vidéo peut donc également être utilisée comme un excellent auxiliaire didactique.

Pour tout renseignement concernant ce programme, contacter la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés, chaussée de Vleurgat 221, 1050 Bruxelles, tél.: 02/649.65.89 ou



Educa-Santé, avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél.: 071/31.82.11.

Ce programme de la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés a été sponsorisé par Zonta-service Club, Galenco et ABB-Assurances.

### Pour que le barbecue reste une fête!

Quoi de plus agréable que de faire un barbecue quand il fait beau. Rien de tel que l'odeur du charbon de bois et des épices pour se sentir réellement en vacances. Mais un moment d'inattention et votre petite fête risque de tourner au drame. C'est la raison pour laquelle la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés (F.N.A.G.B.) et ABB-Assurances, encore eux, ont décidé de mener une campagne de sensibilisation sur les problèmes liés à l'utilisation de barbecues en rappelant quelques mesures de prudence élémentaires.

Avant de lancer sa campagne de sensibilisation, ABB a demandé au bureau Dimarso de mener une enquête sur le phénomène barbecue en Belgique. Les résultats de l'enquête se passent de commentaires: plus de la moitié des Belges possèdent un barbecue. Dans les jeunes ménages avec enfants, 7 familles sur 10 font des barbecues, surtout lorsqu'il fait beau (on s'en serait un peu douté...).

ger de sa béquille psychique, on le fait tomber purement et simplement. Pour son bien, vraiment?

Enfin, il s'agit d'un phénomène. Un parmi d'autres. Un dans une série, symptôme non spécifique d'un malaise dont les formes sont multiples. Situer la drogue dans une série plutôt que l'isoler, c'est en faire une question politique plus complexe que l'on croit parce que ce qui pose problème ce n'est plus la drogue, mais ce qui est commun à la série. Quand Maalox se présente comme une solution au plaisir de manger un hamburger dégoulinant, avec comme slogan "vos souffrances viennent de vos désirs", quand le GSM est en passe de devenir le meilleur ami de l'homme, quand la télévision se démultiplie en "bouquets" pour nous offrir toujours plus de la même chose, je pense parfois que, si la drogue est "un phénomène de société", elle pourrait bien être en fait relativement dérisoire...

### Drogues, normes et autonomie

Les drogues font l'objet, d'une gestion sociale. Les deux registres les plus souvent convoqués sont le registre médical et le registre pénal. Peu de choses opposent ces deux registres, dans la mesure où tous les deux renvoient l'usage des drogues à l'anomalie. Je pense que si la "drogue" a quelque chose à voir avec la "société", il devient urgent de penser les usages des drogues comme des comportements conformes, beaucoup plus que des transgressions. Ce qui est peut-être nouveau, c'est que la conformité n'est pas aujourd'hui moins problématique que la transgression. Il faut aujourd'hui analyser les usages de drogues comme illustrations non spécifiques d'un changement du rapport à la norme et du rapport à l'autre. Qu'est-ce, en effet, qu'une société? C'est une structure dans laquelle le rapport à l'autre (aux autres) est organisé par des normes.

A cet égard, je voudrais évoquer les effets du "délire d'autonomie", dont a très bien traité Marc Valette. Selon lui, "(...) il existe un rapport inversé entre l'avancée d'un discours idéologique centré sur la revendication abstraite

des libertés fondamentales de l'être humain et l'efficacité concrète de l'action politique. En d'autres termes, plus on en rajoute du côté du délire d'autonomie, plus on en rajoute du côté du discours de la liberté (...), et moins les processus de transformation politique deviennent opérants.

Finalement, soutenir que chacun est libre d'aller où il veut pour faire ce qui lui plaît, détaché de son altérité la plus intime, ne va pas sans conséquences, au-delà même du maintien (...) de l'efficacité politique dans une position de réserve lointaine, crépusculaire, bref, se limitant à quelques correctifs dérisoires.

Ainsi, il se pourrait en effet (...) que l'exigence d'auto-fondation proclamée aujourd'hui, que l'appel moderne au self-made man, ne fasse le lit, en guise de réponse, aux usages contemporains de psychotropes, licites ou non, neuroleptiques en fin de compte du délire d'autonomie<sup>3</sup>.

Un tableau monochrome de Mark Tansey, intitulé *Triumph over Mastery II* (1987)<sup>4</sup>, montre un peintre juché sur une échelle, couvrant de blanc, au rouleau, le *Jugement Dernier* de Michel-Ange. Pour s'inventer, l'art contemporain doit renier ses maîtres. Je pense que l'on peut transposer l'allégorie du tableau au domaine social. La promotion de la communication et de l'immédiateté repose sur l'imposition de l'isolement et favorise en fait la rupture avec les autres et la solitude.

Le tableau de Tansey est plus troublant encore parce que, quand on le regarde bien, on se rend compte que le peintre efface, en même temps que le tableau du maître, l'ombre que l'échelle et lui-même projettent sur l'oeuvre recouverte. L'invention de soi implique son propre effacement. Faire disparaître l'autre, c'est s'enraciner dans le vide. Se faire être sans l'autre, c'est organiser sa propre disparition. L'association contemporaine du marché et de la science permet et favorise la diffusion de produits, légaux ou non, susceptibles de faciliter l'opération. L'usage des drogues s'analyse, selon cette perspective, comme un symptôme de l'hyperconformation au mariage entre économie marchande et économie psychique.

Le succès de la drogue (et de son nom) tient à ce qu'elle conjugue le social, le politique, l'économique, le médical, le pénal, le singulier et le collectif. L'entreprise de lutte contre la drogue est vouée à l'échec, sauf si, modestement, on pense et on crée des lieux possibles d'articulation entre le singulier et le collectif, entre clinique et politique<sup>5</sup>.

De toutes façons, il n'y a et il n'y aura entre les humains que malentendu. C'est justement cela qui est insupportable à celui que nous appelons toxicomane. C'est cela que nous avons à supporter. Même à une époque qui survalorise la communication, la concertation, la coordination, et que sais-je encore?, pour nous faire croire que "ça pourrait marcher". Investir la lutte contre la toxicomanie comme une action résolutoire (à l'image de la toxicomanie) est une erreur. Au contraire, le travail de prise en charge, d'accompagnement, de soin, de prévention, est l'occasion de faire pour soi-même et pour le "toxicomane" l'épreuve du malentendu, l'apprentissage de sa supportabilité, et pourquoi pas? du bonheur que l'on peut y trouver...

Dan Kaminski, Professeur-adjoint à l'Ecole de criminologie de l'U.C.L.

1 Intervention de Dan Kaminski à l'inauguration du Conseil des Assuétudes de la Province du Brabant wallon, Bois des Rêves, le 14 mai 1997.

2 Rien n'empêche de transposer à l'ensemble du domaine des assuétudes. Kaminski D., "Toxicomanie: le mot qui rend malade", *Déviance et société*, 1990, Vol. 14, n°2, pp. 179-196.

3 Marc Valette est psychologue au projet Lama et à La Pièce. Le texte cité est extrait de son intervention à la journée "Parler, ça ne sert à rien", organisée par l'espace E<a> à l'Ecole de la Providence, le 30 avril 1997.

4 On traduira ce titre par "triomphe sur la maîtrise"... Voir Kaminski D., "Amour de la culture, culture de l'indifférence: le cas de la toxicomanie", *Bruxelles, Rue des Usines*, n°24/25, hiver 1994/95, pp. 135 à 144.

5 L'articulation des démarches clinique et politique constitue depuis plusieurs années l'enjeu des activités (adressées aux travailleurs sociaux du Borinage) du centre ARIA (prévention des toxicomanies).

## FQS = CQFD

Connaissez-vous Forest? C'est une des 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale comptant quelque 48.000 habitants. Forest, ses parcs verdoyants, son abbaye, son "Altitude Cent" et son point de vue imprenable sur Bruxelles... Forest, c'est aussi une industrie florissante, pour ne pas dire envahissante, avec notamment une énorme implantation VW, c'est aussi une population multiculturelle, ses quartiers populaires, ses réalités sociales...

Je vous propose de découvrir une des particularités de ce coin de Bruxelles, une expérience-pilote de santé communautaire. Pour ce faire, j'ai rencontré Annie Moulart, assistante sociale à la Maison Médicale de Forest et membre du groupe de pilotage du programme "Forest-Quartiers-Santé".

**Education Santé** : D'où vient l'idée du programme de santé communautaire "Forest-Quartiers-Santé"?

**Annie Moulart** : C'est une longue histoire que je vais brièvement résumer. Depuis de nombreuses années déjà, des activités de prévention primaire et de lutte contre l'exclusion sociale ont été mises en place sur la commune de Forest: la Maison Médicale de Forest s'est implantée en 1978 dans le quartier Saint-Denis, celle de Marconi existait depuis peu.

Quelques années plus tard (en 1981), la Maison Médicale de Forest avec d'autres organisations locales créait dans le quartier une nouvelle asbl appelée la Maison en Plus. Cette nouvelle structure regroupait des activités surtout dans le champ de l'éducation (alphabétisation, école des devoirs), de la justice (infor-justice, boutique juridique) et de la formation de jeunes adultes. Ce regroupement répondait à des besoins perçus dans la population du quartier en termes de retards et d'échecs scolaires, de délinquance, de marginalité sociale, de chômage des jeunes, etc.

Le tournant suivant a été la mise en place d'une structure d'accueil pour les jeunes du quartier sous la forme d'une "Mission Locale Jeunes" visant l'insertion socioprofessionnelle des

jeunes de 18 à 25 ans. Cette structure a été constituée en partenariat avec six associations - Maisons Médicales, centre de santé mentale, centre d'enseignement professionnel Atelier Marollien, Maison en Plus et Maison des Jeunes - et la commune de Forest représentée par 5 échevins et le représentant du Centre public d'aide sociale.

D'emblée la concertation s'est organisée autour de quatre commissions dont une consacrée à la prévention. Dans le cadre de la Commission 'Prévention', plusieurs actions avaient rencontré notre préoccupation des rapports entre la santé et les conditions d'existence: journée de travail sur la violence, enquête sur les familles à risques, ateliers d'éducation pour la santé, santé et échec scolaire, toxicomanie, etc.

Nous voulions aborder cette dimension de santé globale et communautaire dans un cadre permettant la concertation pluridisciplinaire et la cohérence méthodologique, l'implication de tous les acteurs qu'ils soient politiques, habitants ou professionnels, et la participation des populations concernées aux différentes phases du processus. Voilà pourquoi nous avons soutenu et défendu le programme "Forest-Quartiers-Santé".

**ES** : Quand est né le projet "Forest-Quartiers-Santé"?

**AM** : En 1992, dans le cadre de la Commission 'Prévention' de la Mission Locale Jeunes. Nous avons élaboré un consensus qui portait sur 3 points : tout d'abord le constat commun de notre difficulté comme professionnels à rencontrer de nombreuses problématiques - et plus particulièrement en matière de santé - posées en termes de mal vivre, ensuite des objectifs et méthodes et une organisation de travail.

**ES** : Nous connaissons les Villes-Santé comme Liège ou La Louvière-Santé mais pourquoi mettez-vous l'accent sur les quartiers dans le nom de votre programme?

**AM** : Le travail de la Mission Locale s'est développé autour de quartiers définis sur base d'une étude de la Ré-

gion de Bruxelles-Capitale. Il s'agit de cinq quartiers de Forest considérés comme prioritaires sur des bases objectives: statistiques INS dont la composition démographique, le statut socio-économique, la vétusté de l'habitat, le taux de délinquance. Ces quartiers sont révélateurs d'une situation économique "bouchée" et du sentiment que leurs habitants ont d'être peu pris en compte. Rappelez-vous les émeutes du Parvis Saint-Antoine.

Pour chaque quartier un dispositif de concertation entre les partenaires locaux a été mis en place autour de programmes d'intégration/cohabitation avec l'appui d'un ou de plusieurs éducateurs de rue et un local comme lieu de contact. Ces partenariats regroupent des intervenants professionnels (école, réseau "habitat", polices, médiateurs,...) et des groupes d'habitants (association de parents, comités de quartiers) qui réalisent des interventions dans ces quartiers. Leur rôle est de transmettre des informations pertinentes sur les demandes et besoins des habitants, de réaliser avec eux des actions de développement communautaire et d'en évaluer collectivement les résultats.

L'intitulé "Forest-Quartiers-Santé" insiste sur la discrimination positive en faveur des quartiers les plus défavorisés où les liens entre les inégalités sociales et les inégalités de santé deviennent chaque jour plus criants.

**ES** : Comment vous êtes-vous organisés? Qui est promoteur du projet? Qui le pilote?

**AM** : Le promoteur du projet est la Maison Médicale de Forest. Elle apporte une base conceptuelle et méthodologique. Elle joue aussi un rôle de gestionnaire et d'apport logistique. La Commission 'Prévention' de la Mission Locale reste le lieu de concertation, de diffusion de l'information. C'est un espace ouvert pour réfléchir, discuter des résultats, trouver des partenaires pour le programme.

Le groupe de pilotage est plus restreint ; il comprend actuellement un responsable de la Maison Médicale, un délégué par partenariat de quartier

## Un fonds pour la santé

Le Fonds Johnson et Johnson pour la santé est un fonds d'entreprise géré, pour la Belgique, par la Fondation Roi Baudouin. Il a été lancé en septembre dernier à l'initiative de la société Johnson et Johnson (industrie du médicament). Ce fonds apporte un soutien financier à des associations et organisations non commerciales, ou à des groupes de bénévoles, actifs dans le domaine de la santé et du bien-être. Il vise en priorité les initiatives centrées sur les enfants et les adultes les plus exposés. Il soutient des projets qui cherchent à promouvoir la dimension sociale et humaine des services de santé.

### 160 candidats belges francophones

Le premier appel à projets, lancé par le Fonds à l'échelle du Benelux entre le 10 septembre et le 20 octobre 1997, a donné lieu à l'introduction de 481 candidatures, soit 352 dossiers belges (192 néerlandophones et 160 francophones), 8 dossiers luxembourgeois et 121 dossiers néerlandais.

Les projets introduits dans le cadre de ce premier appel concernaient tant les

soins à domicile que l'encadrement des personnes hospitalisées, ou encore l'hébergement de personnes en difficulté ou handicapées, l'aide spécifique à des patients souffrant d'une même maladie, l'éducation pour la santé, etc.

Les deux jurys - l'un pour la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg, l'autre pour les Pays-Bas - composés de spécialistes du secteur de la santé ont basé leur sélection sur les critères suivants: valeur novatrice des projets, réponse à un besoin urgent en matière d'humanisation des soins de santé, groupe-cible pouvant être considéré comme un chaînon manquant dans la gamme des soins existants et subventionnés, garanties d'autonomie à long terme, notamment grâce au recours à d'autres sources de financement.

Sur les 160 dossiers introduits pour la partie francophone de notre pays, 33 portent sur la prévention et l'éducation pour la santé, 29 mettent l'accent sur les soins à domicile et 25 sur l'hébergement des personnes handicapées. Plus d'un dossier sur cinq concernait donc l'éducation pour la

santé. Peut-être avez-vous été nombreux à recevoir le dossier d'information ou à en prendre connaissance grâce à Education Santé ?

### Quatre projets retenus pour la Communauté française

Au total, 8 projets ont été retenus pour la Belgique. Ils portent sur l'accompagnement psycho-médical de familles immigrées, de personnes atteintes d'autisme ou de diabète, de toxicomanes et de leur entourage ou encore de jeunes touchés par le deuil de leurs parents.

Ce Fonds devrait être reconduit chaque année. Restez donc attentifs à l'annonce que nous ne manquerons pas de faire dans un prochain numéro de la revue.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au Secrétariat du Fonds Johnson et Johnson pour la Santé, Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles, tél.:02/549.02.94.

### Les lauréats francophones

Initiateur du projet	Nature du projet	Groupe cible	Montant attribué
<b>In-Dépendance</b> asbl 1060 Bruxelles	Projet pilote d'information et d'éducation santé des polytoxicomanes sur les risques liés à l'usage de drogue, d'alcool ou de médicaments, en vue de prévenir les rechutes des jeunes toxicomanes	Parents et entourage proche de toxicomanes	1.000.000 F
<b>Cancer et Psychologie</b> asbl 1150 Bruxelles	Travail de gestion du deuil auprès de l'enfant et de l'adolescent	Enfants (2-18 ans) de patients hospitalisés (oncologie/hématologie)	800.000 F
<b>Groupe Santé Josaphat</b> Centre de Planning familial asbl 1030 Bruxelles	Centre d'accueil pour femmes fragilisées par des crises familiales ou de couple et leurs enfants	Femmes isolées (moins de 35 ans) avec enfants de 0 à 15 ans, immigrées turques/ maghrébines	1.200.000 F
<b>Exil</b> asbl 1060 Bruxelles	Prévention médico-psychologique (accès aux soins de santé) pour des femmes et des enfants demandeurs d'asile et victimes de tortures	Mères réfugiées et enfants (60% d'origine africaine)	1.000.000 F

- maladies cardio-vasculaires et leurs complications.

Toutes ces maladies sont la conséquence plus ou moins directe d'années de tabagisme sur des populations inconscientes du danger.

Nicotiana Tabacum, plante américaine, s'est très vite répandue à toute la surface de la planète.

Le tabac est lié à l'histoire et à l'économie des pays et occupe donc une place importante dans notre société.

Cette plante, entrée en Europe comme médicament a vu son emploi largement controversé au cours des cinq derniers siècles pour finir par être reconnue comme poison.

Actuellement, la nocivité du tabac est admise par tous, y compris par les pouvoirs publics.

La loi considère désormais le tabac comme un "fléau social" et a engagé

le combat contre cette menace. Malheureusement, les enjeux économiques sont tels que la bataille n'est pas encore gagnée...

**C. Maestracci-Grange, A. Stoebner-Delbarre, H. Sancho-Garnier**

Adresse des auteurs: Epidaure, CRLC Parc Euromédecine, 34298 Montpellier Cedex 8.

#### Références

- Dictionnaire Larousse (Universel); Larousse Ed. 1992
- Encyclopédie du tabac et des fumeurs, Le Temps Ed., Paris 1978.
- La Revue du Praticien, G.Laguer, 1992, 42 (1) : 127-130.
- La Revue du Praticien, D.Thomas, 1993, 43 (10) : 1218-1222.
- Le livre blanc du tabac, Ned Rival, J. Grancher ed., Evreux 1978.
- Le tabac, F.J.Chicou, Marabout Santé Ed., Paris 1973.

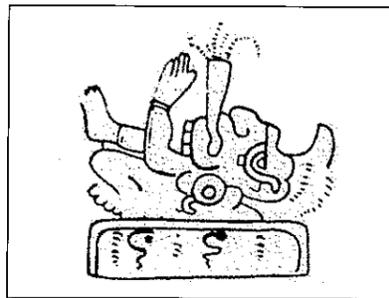
- Le tabac, C.Lizard et J.Chouteau, Presses Universitaires de France Ed., coll. "Que sais-je?", n°87, Paris 1982

- Le tabagisme, J.F.Lemaire, Presses Universitaires de France Ed., coll. "Que sais-je?", n°1859, Paris 1986.

- Matière médicale, R.R. Paris et H.Moyse, Masson Ed. tome III : 177-187, Paris 1971.

- Textes et Documents pour la Classe, 1994, 674 : 6-17, 24-25.

- Souffle, 1995, 16 : 12-13.



Dieu Maya fumant couché.

## ■ "Enfants, adultes, la vaccination nous concerne tous"

C'est le dernier-né de la série des dépliants d'information relatifs à la vaccination destinés au grand public. Les trois premiers dépliants étaient centrés sur les vaccinations de l'enfance: "Quels vaccins pour protéger votre bébé?", "Votre enfant a 5-6 ans, est-il bien vacciné?", "11-12 ans, bien vacciné?"; le dernier est consacré à la vaccination des adultes. Ces quatre dépliants ont été réalisés par Provac en collaboration avec Question Santé, la Croix-Rouge et les opérateurs de la vaccination réunis au sein du Comité dirigeant le programme de vaccination

Il vise à:

- promouvoir une vaccination correcte et complète de l'adulte en bonne santé: diphtérie-tétanos chez tous, pneumocoque à partir de 60 ans, grippe après 65 ans, vaccinations des voyageurs;
- informer sur l'état actuel des recommandations concernant l'hépatite B chez les adultes;
- informer sur l'accessibilité de la vaccination;

• promouvoir l'utilisation de la carte de vaccination de la Communauté française;

• susciter une demande d'information des adultes auprès des médecins et des professionnels de santé.

Pour diffuser ces dépliants, Provac a fait appel à quatre structures officielles, qui offrent un contact avec la population adulte, et qui sont impliquées dans la gestion de la santé des adultes plus précisément dans les aspects d'informations. Il s'agit:

- des médecins généralistes;
- de la médecine du travail;
- des pharmaciens;
- et des centres de transfusion sanguine de la Croix-Rouge.

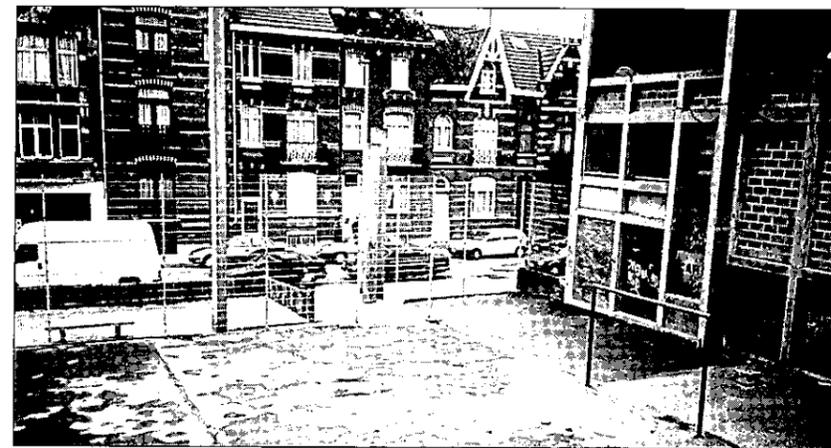
Les trois dernières structures constituaient de nouveaux partenaires pour Provac; par conséquent, des contacts ont été pris avec les responsables ou des représentants d'associations professionnelles afin de recueillir leur adhésion et/ou leur soutien à la diffusion des dépliants, d'analyser la faisabilité sur le terrain des stratégies élaborées, et de définir les modalités de collabo-

ration en concertation. Ces nombreux contacts ont abouti à des accords de collaboration.

La campagne de presse grand public se déroulera en juin. C'est à partir de ce moment que les dépliants seront accessibles au grand public. Pour ce faire, les médecins généralistes, les médecins-directeurs des services médicaux d'entreprises et interentreprises, les pharmaciens désireux de mettre les dépliants à disposition de leur public devront passer commande à Provac. Tous les centres de transfusion sanguine auront reçu un stock de dépliants. De plus, il sera également possible d'obtenir le dépliant à Question Santé, sur simple demande accompagnée d'un timbre pour frais de port.

Toute association ou structure désirant obtenir ces dépliants peut prendre contact avec le secrétariat de Provac, Direction générale de la santé, bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél: 02/413.24.59.

**Marie-Christine Miermans**, Provac-Ulg. ■



Le quartier des Primeurs, un des cinq quartiers considérés comme prioritaires

actif. Les délégués sont choisis pour leur appartenance à un dispositif de quartier mais aussi pour leur motivation et leur position clé comme informateurs.

**ES** : Quelles sont les étapes que vous avez franchies en presque six ans?

**AM** : Sur base du consensus de départ, nous avons tout d'abord investi dans une première étape de sensibilisation, d'information et de formation des acteurs, professionnels et habitants. Nous avons également développé la deuxième étape, celle d'identification des besoins.

**ES** : Parlez-nous de cette première étape de sensibilisation, d'information et de formation des acteurs.

**AM** : La formation a été le plus gros du boulot. Elle s'est déroulée en 7 modules. Elle a été organisée à trois reprises et une soixantaine de personnes y ont participé. Les objectifs étaient de réunir les différents intervenants sociaux de la commune pour définir une approche consensuelle du travail communautaire et dégager des pistes de travail communes. La formation s'est étalée sur trois ans.

**ES** : Quel a été l'apport de cette formation?

**AM** : A partir de ces modules, nous avons mis en lumière trois types d'acteurs sociaux: les pouvoirs publics, les travailleurs sociaux et les habitants. S'est posée la question de la relation entre ces trois groupes d'acteurs. Cette question est toujours d'actualité: les partenaires associatifs sont les moteurs du projet mais le rôle des pou-

voirs communaux est incontournable si nous voulons travailler sur les déterminants de santé et favoriser un mieux-être dans les quartiers. La place des habitants aussi ; ils ont été associés au processus d'identification des besoins dans des groupes nominaux mais la question d'interlocuteurs dans chaque quartier reste difficile.

Cela est plus simple lorsqu'un comité de quartier existe. Ce que j'en retiens aussi c'est la dynamique qui s'est installée entre les travailleurs sociaux qui ont participé à cette formation. Une question reste difficile: en quoi chacun des travailleurs peut-il avoir une action en santé communautaire? Comment transférer cette approche dans le travail quotidien?

**ES** : Et l'analyse des besoins?

**AM** : L'analyse des besoins a débuté en 94. Nous avons travaillé suivant le modèle proposé par Pineault et Daveluy dans le livre "Planification de la santé". Ce travail réunit recherches bibliographiques, statistiques, approche par consensus et évaluation des ressources. Nous avons utilisé la technique des groupes nominaux (les groupes nominaux suivent un processus structuré d'échanges d'informations: rédaction des idées en silence, énoncé des idées à tour de rôle, discussion, vote personnel sur l'importance des items) et l'interview d'informateurs-clé (pharmaciens, médecins). Il y a eu des groupes nominaux réunissant des professionnels (70) et d'autres réunissant des habitants (35). Nous préparons maintenant des réunions "agora" par

quartier. Ces réunions regrouperont professionnels et habitants et permettront de discuter de la synthèse des informations recueillies. Tout cela doit nous permettre d'aboutir à un Forum communal de la santé définissant les priorités de santé pour les années à venir.

**ES** : Pouvez-vous déjà nous faire part de quelques problèmes mis en évidence par les professionnels et les habitants?

**AM** : La question de départ était ouverte: "Qu'est-ce qui empêche les gens de se sentir en bonne santé, de se sentir mieux, de mieux vivre ?". Actuellement les informations ont été traitées par classes d'âge: 0-5 ans, 6-11 ans, 12-18 ans, 18-30 ans, 30-60 ans et 60 ans et plus. Nous avons pu dégager plusieurs catégories comme le logement, la vie familiale, les services et espaces spécifiques, la vie scolaire, les comportements, les conditions socioprofessionnelles, les conditions d'existence, les problèmes médicaux, l'environnement.

**ES** : En parallèle à ce processus, y a-t-il eu des activités plus concrètes?

**AM** : Nous avons travaillé autour de deux thèmes: les accidents domestiques et les toxicomanies. En 1995, l'Ecole du risque du Réseau Actions Sécurité est venue s'installer à Forest. Cela a donné lieu à des animations multiples, la commune y a participé, la presse en a fait écho. Cette année, nous avons retenu un sujet plus précis: le feu. A partir de ce sujet, nous avons appris à travailler ensemble; nous avons utilisé un matériel pédagogique sur la prévention des brûlures; des animations ont eu lieu, des écoles sont en train de réaliser des plans d'évacuation, etc. Ce fut une expérience concrète et positive de travail en commun.

De mars à mai 1998, nous avons accueilli l'exposition Mixados. Les différentes écoles et organisations de jeunes y ont participé et j'espère que cela permettra aux jeunes et aux professionnels d'aborder les questions des adolescents sous un autre angle.

Le travail autour des toxicomanies n'a pas vraiment démarré jusqu'à présent; il n'y a pas eu de consensus sur quoi commencer. Ce thème est plus

difficile à aborder et soulève certainement plus de résistances.

**ES :** *Avez-vous fait appel à d'autres organismes?*

**AM :** Oui, c'est indispensable. Nous avons eu beaucoup d'échanges avec des expériences similaires en France. Nous rencontrons régulièrement les intervenants et responsables des projets de santé communautaire de Saint-Denis et Charleville-Mézières. Ces échanges sont fructueux, formatifs et dynamisants.

Nous travaillons aussi avec la Commission locale de coordination en éducation pour la santé de Bruxelles. Nous avons fait appel à l'APES pour l'évaluation des cycles de formation. Le matériel pédagogique de prévention des brûlures a été proposé par les Mutualités chrétiennes. L'exposition Mixados est une réalisation de Question Santé et d'Educa-Santé... C'est vital de développer des collaborations externes.

**ES :** *La question des moyens doit être importante pour réaliser tout cela. Comment avez-vous résolu ce problème?*

## ■ 'On a gagné...'

### Le premier Prix européen d'éducation pour la santé

Le premier Prix européen d'éducation pour la santé a été décerné lors d'une cérémonie au Conseil général du Rhône à Lyon ce 17 avril 1998.

Ce prix récompense des actions d'éducation pour la santé pertinentes et novatrices, réalisées dans les Etats membres de l'Union Européenne.

Cette compétition visait quatre objectifs :

1. Encourager les acteurs locaux et régionaux à faire connaître leurs actions d'éducation pour la santé vécues sur leur terrain et les évaluer ;
2. Inciter les lauréats à poursuivre leurs actions et à communiquer avec les autres pays de l'Union européenne;
3. Promouvoir l'échange d'expériences en éducation pour la santé entre les Etats membres, notamment en valorisant les actions les plus pertinentes ;

**AM :** Jusqu'il y a peu, nous avons fonctionné avec les forces déjà existantes sur le terrain, certaines associations investissant plus que d'autres. N'ayant pas de moyens supplémentaires cela explique aussi le temps mis pour développer le processus. Depuis 1997, nous avons obtenu un subside de la Communauté française. Nous prenons ainsi un nouveau tournant: deux personnes mi-temps ont été engagées pour le projet. Cela devenait indispensable pour mener à bien la suite du processus et garantir une visibilité et une communication du programme à tous. Nous avons pu ainsi relancer la publication d'un petit bulletin de liaison trimestriel qui assure la circulation de l'information entre les partenaires du programme.

**ES :** *Si vous deviez qualifier ce projet, que diriez-vous?*

**AM :** Pour moi, c'est un espoir surtout. Tous les jours dans ma pratique de travail social individuel, je rencontre des personnes en souffrance, les situations individuelles s'aggravent, il y a de plus en plus d'exclus. Cette approche communautaire me donne l'espoir de changements: peut-être parviendrons-

4. Permettre, à l'échelon européen, de constituer une banque de données sur les expériences les plus intéressantes, à l'usage des Etats membres.

L'information relative à l'existence de ce premier prix européen d'éducation pour la santé a été largement diffusée, notamment par la revue " Education-Santé ".

Une présélection a été organisée, qui consistait à proposer aux organisateurs, sur base d'un ensemble de critères définis, l'unique projet qui aurait la lourde tâche de défendre les couleurs d'un pays.

Le jury de la Communauté française était composé de Geneviève Houiou (Promotion de la santé ULB), Viviane Delegher (Croix-Rouge), Christian De Bock (Éducation Santé), Jacques Dumont (Hôpital Erasme) et Jean-Luc Noël (DG Santé). Ce jury a retenu le projet "Jouons la santé" du service aux éducateurs "Cultures et santé", parmi six candidats.

nous à des actions positives, collectives sans doute aussi revendicatives où les gens seront demandeurs et porteurs du changement.

**ES :** *Quels sont vos souhaits?*

**AM :** Concrètement, nous souhaitons que le pouvoir communal s'engage plus activement dans ce processus. Nous imaginons la possibilité d'un jumelage entre Forest et Saint-Denis. Il est important aussi pour nous de nous inscrire dans la dynamique de Bruxelles-Région-Santé.

Nous développons une expérience-pilote ici à Forest. J'espère que cela ira plus loin, que nous parviendrons à faire changer les mentalités au niveau politique, à notre niveau local, petitement; ce serait déjà formidable. Pour moi, c'est l'occasion de mettre des personnes et des préoccupations ensemble, d'y mettre un sens pour que d'autres choses germent...

Propos recueillis par **Bernadette Taeymans**

*Pour en savoir plus, n'hésitez pas à joindre Annie Moulart, FQS, rue du Curé 9, 1190 Bruxelles. Tél.: 02/376.16.82. Fax : 02/332.27.50. ■*

Au total, plus de 300 projets, provenant des 15 Etats membres de l'Union Européenne ont tenté leur chance, et 6 ont été primés. Parmi ces six lauréats, le projet de "Cultures et Santé".

### Les six lauréats sont :

Autriche - Promotion de la santé bucco-dentaire ;

Belgique - Jouons Santé (programme de jeux destinés aux enfants de 6 à 12 ans);

Danemark - Avance sain et sauf (programme pour les personnes âgées) ;

Espagne - Prévention de l'alcoolisme chez les jeunes ;

Portugal - Promotion de la santé auprès d'une population migrante à Amadora (quartier de Lisbonne) ;

Royaume-Uni - Aider des femmes du Bangladesh vivant dans un quartier populaire à parler d'un problème intime de santé : l'incontinence ;

La survenue de la guerre de 39-40 entraîna une pénurie de tabac. Ceux qui fumaient découvrirent à leurs dépens la notion de dépendance. On fuma alors tout ce qu'on trouvait : armoise, eucalyptus, barbe de maïs et même des feuilles de figuier, marronnier, châtaignier ou topinambour...

### Après la guerre

La guerre terminée, tout le monde avait vu W.Churchill remporter la victoire le cigare aux lèvres. Le tabac en ressortait grand, on fuma de plus belle et c'est à ce moment-là que les femmes prirent l'habitude de fumer.

L'interdiction de fumer apparaît dans les salles d'attente des gares. C'est une des premières mesures de protection contre le tabagisme passif, qui ne fut d'ailleurs pas appliquée à l'époque...

En 1950, le Professeur A.Lemaire écrit dans Le Monde du 18 mai : "Beaucoup de gens se refusent à croire à la toxicité du tabac..." Cette réflexion montre que le tabac, bien que nocif, reste très valorisé par une société qui fait sa promotion par des publicités, des films, des livres, etc.

La consommation du tabac n'a fait qu'augmenter depuis son apparition en France.

En 1789, la consommation annuelle était de 228 grammes par tête, en 1888 elle passe à 810g. En 1985, la consommation annuelle est de 2 Kg par tête!

La dépense de l'État pour la campagne anti-tabac est de 2,5 millions de francs, tandis que les impôts tirés du tabac rapportent 23,4 milliards de francs!

Le tabac tue en France à la fin de ce siècle près de 60 000 personnes par an.

### Le tabac, plante de toutes les passions

#### Botanique

La plante fait partie de la famille des Solanacées. Elle peut être cultivée dans des limites thermiques allant de 15° à 38° C. Ce qui est assez exceptionnel et qui explique qu'on la retrouve cultivée un peu partout dans le monde.

Il existe 3 sous-genres : Nicotiana Petunoïdes, Nicotiana Rustica et Nicotiana Tabacum, ce dernier représentant 90% du tabac cultivé.

La feuille est la partie de la plante utilisée. On distingue 4 catégories classées selon leur couleur qui dépend du mode de séchage.

#### Composition et modes d'action

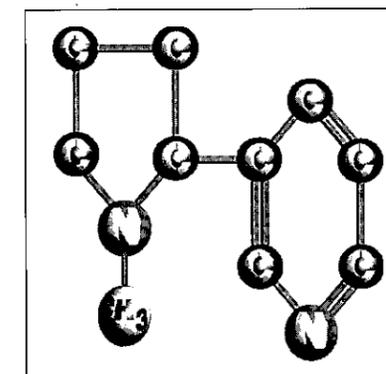
Quand un individu fume, il reçoit dans une bouffée qu'il inspire des composés gazeux et des solides pulvérisés ou solubilisés dans des micro-gouttelettes de liquide.

On a analysé la fumée du tabac, grâce aux résidus extraits de machines à fumer. En 1971, Stedman avait révélé plus de 3000 composants différents dans la fumée et actuellement 4000 ont pu être identifiés dans la feuille du tabac.

Nous présentons ici les éléments les plus importants, responsables de la toxicité du tabac.

- La nicotine est l'alcaloïde principal et l'agent le plus toxique de la plante.

La dose mortelle pour l'homme est de 40 mg (une bouffée en contient quelques microgrammes). Elle donne nausées, vomissements, diarrhée, incontinence urinaire, confusion mentale et convulsions. Elle est aussi responsable de la dépendance par son action sur le système nerveux. Enfin, elle induit des maladies cardio-vasculaires par libération de catécholamines qui augmentent la fréquence cardiaque.



Formule de la nicotine.

- Les hydrocarbures aromatiques (benzène, benzopyrène, dibenzoanthracène, naphthalènes, benzopyralène...) sont transformés en goudrons

par pyrolyse. Ils ont des actions mutagènes et cancérogènes dans l'organisme. Le risque cancérogène augmente avec la teneur en goudrons des cigarettes. Le benzopyrène contenu semble être le principal agent cancérogène, le dibenzoanthracène est un agent initiateur pour la cancérisation des cellules, tandis que naphthalènes et benzopyralène sont des agents promoteurs et co-cancérogènes.

- Les oxydes de carbone : CO et CO<sub>2</sub>, par leur présence diminuent l'apport d'oxygène dans le sang. Le CO absorbé au niveau des alvéoles pulmonaires se fixe sur l'hémoglobine à la place de l'oxygène et sa liaison, très stable, est difficile à déplacer. La carboxyhémoglobine, à un taux élevé dans le sang, entraîne une hypoxie qui, associée à la nicotémie, favorise les maladies vasculaires.

- Les substances irritantes (aldéhydes, cétones, polyphénols, acroléine...) qui sont souvent responsables de l'arôme, ont une action sur le nez, les yeux et les muqueuses respiratoires. Elles paralysent et détruisent les cils vibratoires essentiels à la protection de notre arbre respiratoire. Il y a alors stase du mucus bronchique et impossibilité d'éliminer les impuretés, poussières et micro-organismes présents dans l'air inspiré. La sédimentation au fond des alvéoles est rendue possible, ainsi que le colmatage par les goudrons. Ces irritants sont responsables de bronchite chronique et d'insuffisance respiratoire.

On peut aussi citer la présence de pesticides, d'acide cyanhydrique et d'arsenic, due sans doute aux traitements des plantations. Ces substances sont en quantité infime, certes, mais leur accumulation pourrait également être dangereuse.

### Conclusion

La civilisation du tabac a inspiré beaucoup d'artistes : dessinateurs, poètes, écrivains, sculpteurs, orfèvres, graveurs, chanteurs, etc. Mais il faut penser que ce XXe siècle a vu aussi l'augmentation vertigineuse des maladies liées au tabac:

- cancers de la bouche, du larynx, des bronches et de la vessie;
- bronchite chronique, maladies allergiques et insuffisance respiratoire;

conque osait fumer! Plus tard, Pierre Ier de Russie préféra taxer le tabac pour s'enrichir.

### La mauvaise presse du tabac ne dura pas

En France, toute la cour est "folle" du tabac. La prise est à la mode.

Dans "Sganarelle", Molière dira : "Qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre!".

Fumer fait partie du savoir-vivre : à l'école le maître allume sa pipe et enseigne à ses élèves à mieux la tenir (fumer maintiendrait en bonne santé). En Angleterre, des "smoking parties" sont organisées par l'aristocratie, tandis que les autres classes sociales les imitent.

Le monde chique, fume et prise. De plus, élégance et tabac s'associent et des tabatières sont confectionnées par des joailliers comme de vrais bijoux.

Les enfants chantent : "J'ai du bon tabac dans ma tabatière...".

### Où fumer devient une source de revenus

#### Création du monopole

Le succès du tabac ne fit que grandir et les gouvernements ne tardèrent pas à en tirer profit.

Dès 1629, Richelieu établit le premier impôt sur le tabac.

En 1674, Colbert créait la "Ferme Royale", qui instaure le monopole de la vente du tabac. En 1681, il étend ce monopole à la fabrication.

A la Révolution, A.L. Lavoisier, administrateur de la Ferme (très impopulaire car il avait empêché les petits planteurs de s'enrichir), fut guillotiné en 1794.

Napoléon 1er, en 1811, rétablit le monopole, sous la gestion directe du Ministre des Finances.

### Le XIXe siècle: naissance du tabagisme

L.N. Vauquelin découvre en 1809 un jus extrait de Nicotiana Latifolia qu'il pense être un poison violent : la nicotine.

L'opinion médicale, alors favorable au tabac va dès lors se retourner.

Vers 1830, on assiste à la naissance de la cigarette, sans doute ramenée d'Espagne par les armées de Napoléon.

En 1843, lors de la fabrication industrielle des cigarettes, le Directeur Général des Tabacs publie un rapport assurant que l'atmosphère enfumée protège de la phthisie et de certaines maladies épidémiques...

Cependant, en 1845, le toxicologue François Mélier conclut l'inverse : "Il est difficile de concevoir une plante qui possède un poison aussi violent que la nicotine".

Vers 1847, après de multiples expériences, Claude Bernard prouve définitivement la toxicité de la nicotine. C'est alors la bagarre générale entre partisans et adversaires du tabac.

En 1896, M. Marambat pense que Catherine de Médicis elle-même aurait conçu les crimes de la Saint Barthélémy sous l'emprise du tabac. A cette époque-là, Tolstoï, fumeur repent, écrit : "Fumer a pour but d'engourdir la raison... c'est la meilleure préparation à tout méfait, à l'assassinat, au vol, à la luxure..."

A la fin du XIXe siècle, le réquisitoire contre le tabac est très étayé. Son action néfaste se traduit :

- sur l'appareil circulatoire par des battements cardiaques accélérés;
- sur l'appareil respiratoire par des spasmes;
- sur les systèmes musculaire et nerveux par l'apparition de tremblements et de paralysies.

Stugocki parle même du tabac comme responsable du "cancer du poumon", dans sa thèse publiée en 1867.

C'est l'époque des grandes polémiques et Scholl prétend "qu'il n'y a pas de crime commis la pipe ou le cigare à la bouche".

Rien ne semble pouvoir arrêter les fumeurs : la menace est encore trop imprécise et le plaisir de fumer le plus fort.

Toujours est-il que F. Cuny définit le "tabagisme" dans sa thèse et met l'accent sur l'accoutumance et le délire que peut provoquer une suppression brutale de toute consommation.

### Le XXe siècle voit l'apogée de la cigarette

Chique et prise sont rapidement délaissées au profit de la cigarette qui est dès lors fabriquée industriellement.

À la main, les cigaretteuses arrivaient à produire jusqu'à 1200 cigarettes par jour.

À la machine, en 1904, on produit 600 cigarettes à la minute (actuellement, le rendement est de 4500 à 5000 par minute).

Au cours de ce siècle, tout le monde ou presque va se mettre à fumer, alors qu'au siècle dernier les femmes le faisaient peu et surtout par provocation (Georges Sand, Marie d'Agoult ou la princesse de Metternich fumaient la pipe ou la cigarette avec de longs fume-cigarettes décorés).

Au début du siècle, cigares et cigarettes faisaient encore partie d'un certain luxe. L'industrialisation va permettre à tous de fumer et le tabac va acquérir une fonction socialisante par l'égalisation des rapports sociaux.

### Les deux guerres et l'entre-deux-guerres

La guerre 14-18 voit une augmentation considérable de l'usage du tabac chez les hommes.

Dans l'entre-deux-guerres, en 1926, le Service d'Exploitation Industrielle des Tabacs (S.E.I.T.) est créé. Il deviendra le S.E.I.T.A. lorsque le monopole des allumettes lui sera adjoint.



Le dernier cigare de Churchill.

A ce moment-là, l'Allemagne hitlérienne déclenche une offensive contre le tabac dont la fumée risque d'affaiblir la race aryenne. L'opération menée s'appelle le "mouradisme" (du nom du sultan Mourad IV). Ceci fait dire au colonel britannique Laker Lampton : "les dictateurs ne boivent pas et ne fument pas. Il vaudrait mieux qu'Hitler et Mussolini fument et boivent, sans doute les choses iraient-elles mieux pour tout le monde".

Trois autres programmes sont distingués par un prix honorifique pour une expérience d'ampleur nationale.

Allemagne - Organisation d'une conférence d'étudiants dans la région baltique;

Finlande - L'enfance vue à travers un verre (programme pour les familles touchées par l'alcoolisme);

Pays-Bas - Avoir la pêche, avoir la forme (programme d'activités sportives pour les élèves).

### Les lauréats en quelques mots

#### 1. Promotion de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire dans le nord de l'Autriche.

A partir d'une méthode moderne, une équipe de dentistes et d'instituteurs enseigne aux jeunes des classes de maternelle et de classes élémentaires comment prendre soin de leurs dents. Ce programme s'étale sur plusieurs années.

On apprend aux enfants, par diverses méthodes ludiques, la structure d'une dent, comment est formée une mâchoire, l'importance de l'hygiène dentaire et l'importance du choix de la nourriture pour les garder en bonne santé.

Les résultats sont très positifs, les caries ont diminué de moitié en quatre ans.

#### 2. Aider les femmes du Bangladesh d'un quartier populaire parler d'un problème intime de santé: l'incontinence (Royaume-Uni).

Cette initiative originale vise à créer un climat de grande confiance pour que les femmes souffrant d'incontinence en parlent et apprennent qu'il existe des remèdes. Les discussions ont lieu sur le site même du HLM dans la langue maternelle des femmes, en petits comités.

#### 3. Jouons Santé, en Communauté française de Belgique.

"Jouons santé" est un programme créé et développé à Bruxelles. Les enfants âgés de 6 à 12 ans issus de milieux défavorisés sont invités à participer à des jeux pendant les récréations. Une brochure détaillée est distribuée aux instituteurs et aux éducateurs sur



Agnès Claes (à droite) recevant son prix des mains de Madame Françoise Grossetête, parlementaire européenne

la manière d'enseigner. 60 jeux ont été créés et testés par l'asbl "Cultures et Santé", regroupés en 4 catégories: jeux de découverte; jeux psychomoteurs; jeux en groupe; dessins.

Un livre regroupe les jeux et leurs méthodes, disponible auprès de l'asbl, tél: 02/513.56.99, fax 513 82 28.

#### 4. Avance, sain et sauf: un clou dans le tapis vaut mieux qu'un clou dans la hanche (Danemark).

Ce projet s'adresse aux personnes âgées. Un spectacle est réalisé pour et par des personnes âgées qui présentent un diaporama agrémenté de chants et de poèmes, pour éviter des dangers comme par exemple les chutes.

#### 5. Programme de prévention d'abus d'alcool chez les jeunes (Espagne).

Cette campagne est mise en place pour lutter contre l'alcoolisme chez les jeunes dès l'école secondaire. Les outils développés par et pour les jeunes portent le message: "vivez mieux, buvez moins". Pour faire passer ce message, CD, pin's, posters, bandes dessinées ont été réalisés.

#### 6. Les problèmes de santé d'une population migrante confrontée aux problèmes du sida et de l'exclusion (Portugal).

Ce projet de santé communautaire est mis en place avec l'aide d'une population immigrée de la banlieue d'Amadora. Il envisage des sujets tels que le sida, la solidarité et l'intégration. Il est suivi par des professionnels de la santé avec l'aide de volontaires, sous forme de jeux, de théâtre et de spectacles de danse.

#### 7. L'enfance vue à travers un verre (Finlande)

Ce programme concerne les enfants et les proches d'une même famille touchés par la toxicomanie et l'alcoolisme. Celui-ci propose des services d'écoute et de soutien avec la volonté de ne pas incriminer le parent alcoolique.

#### 8. L'organisation d'une conférence d'étudiants dans la région baltique (Allemagne).

Cette conférence européenne a pour but de promouvoir l'échange entre les jeunes sur les thèmes de l'environnement et de la santé. Le but est d'encourager les jeunes à mieux communiquer entre eux tout en comprenant leurs différences (langues, point de vue).

#### 9. Avoir la pêche, avoir la forme (Pays-Bas).

Il encourage les collégiens et les lycéens à poursuivre une activité sportive. Des jeunes de la même classe deviennent des entraîneurs. Les activités ludiques et le partenariat avec des clubs de sport sont organisés.

La présence d'un organisme de la Communauté française comme lauréat d'un tel prix est un motif de satisfaction. On peut cependant regretter que seulement 6 projets de la Communauté française aient tenté leur chance à ce concours!

Est-ce le signe d'un désintérêt? D'un manque de confiance? D'un manque d'information ou de temps?

Notre lauréat empoche 5.000 écus, soit environ 200.000 F. Ceci suscitera peut-être des vocations pour l'édition 1999...

Geneviève Houioux, collaborateur scientifique (ILB, et Jean-Luc Noël, Direction générale de la santé ■

## Les mutualités et la promotion de la santé

En Communauté française de Belgique, les mutualités chrétiennes et socialistes font partie des services agréés depuis une dizaine d'années (et pour encore quelques semaines!). Elles ont mis en place une 'Cellule de coordination intermutualiste' spécialement pour effectuer leurs missions communautaires. Elles ont également deux mandats au Conseil supérieur de promotion de la santé. Bref, elles sont deux acteurs importants du dispositif.

La promotion de la santé est d'ailleurs une activité organisée de longue date par certaines mutualités. Ainsi, les mutualités chrétiennes ont fait de l'éducation pour la santé (à l'époque, on ne parlait pas encore de promotion de la santé) le thème majeur de leur congrès décennal de 1976, ce qui s'est traduit par la création d'un service spécifique en 1978. Et ce service est à l'origine de la revue Education Santé que vous êtes en train de lire.

### Promotion de la santé 'fédérale'

Dans notre pays, rien n'est simple, et tous les niveaux de pouvoir ont l'une ou l'autre compétence en matière de santé, voire même en promotion de la santé.

En effet, la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités précise, dans l'article 2 du chapitre 1, qu'elles 'sont des associations de personnes physiques, qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.'

L'éducation pour la santé est un moyen parmi d'autres de réaliser cette mission.

Cette tâche est sans doute moins directement perceptible par les affiliés que le remboursement des frais médicaux ou le paiement des indemnités. Elle n'en constitue pas moins un aspect important des activités des mutualités.

Cela est confirmé par l'arrêté royal du 29 avril 1993, art. 2,5° qui attribue

aux mutualités une petite partie de leurs frais d'administration en fonction de leurs actions déployées en vue de favoriser l'éducation pour la santé et d'encourager le recours à des formules moins onéreuses de soins de santé, sans toutefois nuire à la qualité de ceux-ci.

### Les bons comptes...

Vous pourriez penser que les mutualités touchent un 'pactole' du fédéral à côté des subventions que leur allouent les Communautés.

Il n'en est rien. Les activités d'éducation pour la santé des mutualités ne leur donnent pas droit à des moyens supplémentaires dans le cadre de la gestion de l'assurance maladie-invalidité. C'est au contraire l'insuffisance des efforts déployés en matière de promotion de la santé qui est sanctionnée par une diminution des frais d'administration.

Expliquons-nous. Dans le cadre de la responsabilisation financière des organismes assureurs, une partie de leurs frais d'administration leur est accordée en fonction de performances de gestion. Pour 1996, il s'agissait d'un milliard, sur un total d'un peu plus de 24 milliards. Ce milliard 'potentiel' est réparti notamment en fonction du nombre d'affiliés des 6 organismes assureurs (5 unions nationales de mutualités et la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la CAAMI).

L'Office de contrôle des mutualités est chargé d'évaluer ces performances chaque année, sauf pour la CAAMI. Son travail consiste à estimer la part du milliard à laquelle les mutualités peuvent prétendre. Cette évaluation porte sur 6 critères, pondérés comme suit:

1. transmission de documents administratifs, comptables, financiers et statistiques à l'INAMI (10%);
2. bonne exécution des contrôles des médecins-conseil (20%);
3. bonne gestion des ressources financières de l'assurance obligatoire (20%);
4. rapidité de paiement des factures (20%);

5. éducation pour la santé et recours à des soins moins onéreux (5%);
6. efficacité du contrôle administratif interne (25%).

Globalement, l'Office a accordé 98,48% du maximum possible, de 96,01% au 'moins bon élève' (tout est relatif) à 99,03% à l'organisme assureur le plus performant.

Je vous épargne les savants calculs auxquels se livre l'Office pour arriver à ce résultat, plutôt rassurant quant à la qualité de la gestion de l'assurance-maladie dans notre pays!

On constatera que l'éducation pour la santé est le parent pauvre du dispositif, avec ses 5%. Les optimistes diront que cela témoigne au moins d'une reconnaissance symbolique de ce secteur de l'action socio-éducative des mutualités!

### Le critère 5

Pour ce critère, 75% du montant est accordé en fonction du volume des dépenses, et 25% selon la qualité des actions. Les critères de 'qualité' ont été 'objectivés' en concertation avec les mutualités.

Globalement, les mutualités ont obtenu 98,4% du maximum, soit un peu moins de 50 millions. Pour être plus précis, la mutualité chrétienne, par exemple, a obtenu 20.873.813 F sur un maximum de 21.154.105 F, soit 98,67%. Elle n'a donc 'perdu' que 280.292 F pour ce critère.

Mais, il faut savoir aussi qu'elle a dépensé 216.547.690 F entre le 1er juillet 1995 et le 30 juin 1996 pour obtenir ce score (dépenses en assurance obligatoire, assurance complémentaire, déduction faite notamment des subsides des Communautés).

En somme, il faut beaucoup investir pour perdre un minimum...

Christian De Bock, Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes.

Article rédigé sur base du Rapport annuel 1996 de l'Office de contrôle des mutualités. ■

## Petite histoire du tabac au cours des siècles

### Fumer...

#### depuis la nuit des temps

Le rôle de la fumée dans l'histoire de l'Homme remonte à la nuit des temps.

Tout a commencé par la découverte du feu. La fumée, symbole du feu signifiait la vie ou même la survie. On a même fait la "guerre du feu"... Sa fumée devint par la suite expression de cultes divers.

#### Dans l'antiquité

La fumée a eu très tôt un rôle thérapeutique.

Pour les Grecs, il fallait "aspirer" certaines décoctions pour combattre la toux.

En Europe, le tabac était inconnu et on fumait diverses herbes.

Chez les Romains, on a retrouvé à Pompéi des fresques prouvant l'usage des pipes.

En Gaule, les druides faisaient des fumigations de chanvre avant les sacrifices. Ces "fumées" étaient liées à des cultes païens et l'Église, de ce fait, condamna l'usage du tabac.

#### En Amérique pendant ce temps-là

Chez les Indiens et en particulier chez les Sioux, chaque étape de la vie était marquée par un rituel au cours duquel on fumait le calumet, pipe sacrée bourrée de tabac.

Par exemple, le calumet servait à la purification des adultes, à la consultation du Grand Esprit pour connaître l'avenir, à l'apaisement des conflits lors de la signature des traités de paix.

### L'herbe à Nicot arrive en Europe comme médicament

En 1492, Christophe Colomb découvre les Antilles... et le tabac.

Quand les Espagnols et les Portugais débarquèrent à Haïti, les Indiens y fumaient une plante dans un petit tuyau nommé "tabacco". Ce nom restera par la suite pour désigner la plante.

Les Indiens l'appelaient "petum" ou "meno", selon les régions.

Au Nord, elle était fumée dans de longues pipes, au Sud elle était plutôt prisée et chiquée lors des événements



Ancienne étiquette de tabac d'Amérique.

importants. Cependant, ce "petum" était aussi utilisé par les guérisseurs pour soigner. C'est d'ailleurs comme remède que le tabac fut introduit en Europe, d'abord en Espagne, puis en France.

André Thevet, en 1556, plante dans son jardin d'Angoulême des graines de tabac au retour de son séjour au Brésil. Cosmographe du Roi François Ier, il sera chargé plus tard de constituer le premier "Cabinet des Curiosités", futur Muséum d'Histoire Naturelle. Il fondera aussi l'actuel Musée de l'Homme.

Devenu l'aumônier de la Reine, il tentera d'imposer sans succès les noms de "thevetia", ou "angoulmoisine" à l'herbe poussée dans son jardin.

En 1561, Jean Nicot, Ambassadeur de France, envoie du Portugal à la reine Catherine de Médicis une plante pour soigner ses migraines. "L'herbe à la Reine" remportera un franc succès sous diverses dénominations : la "catherinaire", la "médicée", "l'herbe à l'ambassadeur", "l'herbe sainte" ou "divine".

Elle devint très vite populaire et on lui prêta toutes les vertus soignantes. Inscrite à l'édition de 1574 d'"Agriculture et Maison rustique", une sorte d'encyclopédie des plantes, elle y est décrite par Jean Liebault comme une "plante aux vertus singulières et quasi-divines"... suivie d'une liste vertigineuse de maux et malaises qu'elle était sensée guérir.

La plante s'appela "Nicotiana" et par la suite "Nicotiana", tandis que Thevet sombrait dans l'oubli...

### L'herbe pour soigner devient l'herbe à fumer

L'Église, avec l'Inquisition, s'insurgea rapidement contre le tabac, son odeur émanant probablement d'une sorcellerie.

Cependant, avec les graines et les feuilles séchées de "petum", les navigateurs ramenaient également du Nouveau Monde de l'or et autres trésors dont profitait le Roi... mais aussi l'Église. Si bien que le Pape Urbain VIII se borna à interdire l'usage du tabac dans la cathédrale de Séville et à Saint-Pierre de Rome.

En France, le Roi Louis XIV et son médecin Fagon furent très hostiles au tabac.

DESCRIPTION DE  
L'HERBE NICOTIANE  
de ses propriétés & vertus.



ESTE herbe est appelée Nicotiane, à cause de la première cognof. l'ance qu'en a donné en ce Royaume Maître Jean Nicot

Fleur de tabac extraite du livre des vertus des herbes - 1571

En Angleterre, le Roi Jacques Ier fit exécuter Sir Raleigh qui aurait popularisé à la cour l'habitude "dégoûtante" de fumer.

En Perse, les fumeurs étaient mis à mort sur ordre d'Abbas Ier.

En Turquie, Mourad IV faisait trancher les pieds et les mains des propriétaires des cafés où l'on fumait.

Au même moment le Grand Duc de Russie faisait couper le nez à qui-