

- Drogues et prison (2 tomes)

- Drogues de synthèse: de la prévention des risques aux risques de la prévention – actes de la journée d'étude d'Eurotox 3-12-1999 (1 tome)

- Drogues et cultures (1 tome à paraître

en décembre 2000).

Pour plus d'information : Claire Haesaerts, secrétaire de rédaction, Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles, tél. 02 512 17 66, fax 02 513 24 02, mél: claire.haesaerts@prospective-jeunesse.be

# LA Santé de l'homme

n°347 - mai-juin 2000

## Editorial

Comment peut-on ne pas être heureux?, par Bernadette Roussille

## Echo

Le 12e prix francophone de promotion de la santé, par Régine Cavalier

## Actualité des campagnes

"Drogues: savoir plus, risquer moins"

## Nutrition

Prévenir la déficience en folates

## La santé à l'école

L'estime de soi chez les enfants de 5 à 7 ans, par Denis Fontaine, Sophie Patouillet, Bruno Rousseau

## Aide à l'action

La place de l'éducation pour la santé dans les Praps. 2. Principes méthodologiques, par Fabien Tuleu

## Dossier :

### Regards sur les dépendances

Les dépendances, de quoi parle-t-on?, par Didier Touzeau

Place et rôle de la neurobiologie dans les addictions, une discipline parmi d'autres, par Bernard-Pierre Roques

Eléments de compréhension à partir des connaissances neurobiologiques, par Pierre Arwidson

Quelle place accorder aux facteurs individuels, sociaux, environnementaux, culturels et biologiques?, points de vue de Serge Hefez et Michel Joubert

Quels leviers utiliser pour la prévention des dépendances auprès des jeunes? Par Marie Choquet



Quelques repères pour la prévention des dépendances, par Michel Damade

Promotion de la santé et prévention des conduites addictives. Réflexions d'un éducateur pour la santé, par Claude Bouchet

## Education du patient

Médecins, pharmaciens, patients: leur point de vue sur le suivi des traitements, par Bernard Champaloux

## Environnement

Des locaux à l'air pollué, par Denis Dangaix

## Cinésanté

Haut les cœurs, entretien avec Solveig Anspach

## La santé en chiffres

Les médecins généralistes et le dépistage du sida, par Bertrand Coustou

L'abonnement à La Santé de l'Homme (6 numéros par an) est de 220 FF (33,53 €) pour la Belgique. Prix au numéro: 39FF (5,94 €).

Pour tout renseignement: La Santé de l'Homme, Comité français d'éducation pour la santé, rue Auguste Comte 2, BP 51, F-92174 Vanves cedex, tél. 1 41 33 33 33, fax 1 41 33 33 90.

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 (02 246 48 50).

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans (02 246 48 52).

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux (02 515 05 85).

Responsable des rubriques Acquisitions, Brèves, Documentation, Lu pour vous, Matériel et Vu pour vous: Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51).

Documentation: Maryse Van Audenhaege, Astrid Grenson (02 246 48 51)

Abonnements: Franca Tartamella (02 246 48 53).

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

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Logistique ANMC

Tirage: 2.100 exemplaires.

Diffusion: 1.900 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Documentation consultable sur rendez-vous pris au 02 246 48 51.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02 246 48 53. Fax: 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire). Mél: education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse: www.pipsa.org

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



# Education Santé

NUMERO 153 - NOVEMBRE 2000

## Dossier

### Promotion de la santé et participation

La participation, on en parle. Elle fait partie des stratégies prioritaires définies dans le décret de promotion de la santé de la Communauté française. Et pour obtenir des subsides, il est de bon ton de ne pas oublier de la citer comme une des stratégies choisies. Mais derrière ce mot se cachent des réalités fort contrastées: entre le discours de bon aloi et les actions concrètes, les promoteurs et intervenants ont chacun leur manière de l'accommoder. Mais ce n'est pas comme pour Rome, tous les chemins ne mènent pas à la participation.

Entre les faux-semblants, les espoirs et les réussites en demi-teintes, il nous paraît intéressant d'éclairer quelques facettes ou expériences en la matière.

Rien n'est blanc ou noir, pas de triomphalisme béat ou de pessimisme radical, mais une tentative de débayer le terrain, d'en dégager les forces et les limites. A partager nos expériences et réflexions, nous serons peut-être plus à même d'accompagner ce processus exemplaire du nouveau paradigme de la santé que constitue la promotion de la santé.

Dans ce numéro, vous trouverez tout d'abord un article proposé par **Anne Liesse, Carine Lafontaine et Chantal Vandoorne** qui tente de clarifier les facettes du concept de participation et de le mettre en relation avec d'autres concepts tels que partenariat et santé communautaire. Ensuite **Xavier Lechien** nous invite à découvrir comment la participation est comprise dans le champ de l'éducation à l'environnement et à la citoyenneté.

**Alain Cherbonnier** a participé pour nous au colloque *Croisements des pratiques communautaires autour de la santé*. Il en est revenu la plume inspirée et les poches



pleines d'impressions et de réflexions. Deux expériences concrètes sont également relatées: l'une, le *Forum santé*, était un moment privilégié dans la démarche de santé communautaire du programme Forest Quartiers Santé (Bruxelles).

L'autre texte vous présente les débuts d'un programme d'actions communautaires en matière de prévention des traumatismes dans la commune de Fontaine-

L'Évêque (Hainaut). Il s'inscrit dans une approche novatrice de la sécurité, qu'on appelle les *communautés sûres*.

Dans de prochains numéros, nous tenterons de vous faire découvrir d'autres expériences.

Et si le sujet vous intéresse, n'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions, participez!

**Bernadette Taeymans**, coordinatrice du dossier ■

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

## Petite mise en garde

J'ai envie de vous faire part d'une inquiétude qui ne me quitte pas depuis déjà de nombreuses années.

On écrit, on parle de la participation. Beaucoup, souvent... dans la Charte d'Ottawa, dans le décret de promotion de la santé, dans les colloques et forum, dans les projets et réunions.

Mais il y a des jours où je me demande si nous ne sommes pas en train de construire une représentation commune d'une réalité qui nous échappe, si nous ne nous faisons pas une "bonne vieille" croyance ou représentation sociale, ce processus de construction mentale décrit depuis longtemps dans tous les manuels de psychologie sociale. Cela me fait penser à cette publicité pour les frites Mac Cain - désolée pour les principes de diététique! - "Ce sont ceux qui en parlent le moins qui en mangent le plus!". De la participation, on en parle beaucoup, mais on en vit peu!

Et plutôt que d'en parler, il faudrait apprendre à se taire, se taire et écouter. Notre vision volontariste et utilitariste de la participation risque de nous rendre sourds à ce qui s'exprime hors de ce que nous cherchons à baliser. N'est-ce pas aussi ailleurs, souvent sans nous - professionnels de la promotion de la santé - que se concrétise la participation?

Loin de moi de penser que nos compétences, nos savoir-faire sont inutiles mais notre rôle n'est-il pas tout d'abord d'écouter ce que vivent les personnes et populations concernées pour, dans un second temps, mettre à leur disposition notre talent, notre expérience, nos connaissances? C'est vraisemblablement le sens même de cette incontournable première étape qu'est l'analyse des besoins! Mais attention à ne pas nous cacher derrière nos concepts et nos méthodologies comme le médecin derrière son diagnostic ou l'infirmière derrière ses principes d'asepsie!

J'appelle à la lucidité, j'appelle à regarder en dessous des déclarations et discours, à ne pas nous transformer en diseurs de bonne participation. Dans cet essai de clairvoyance, nous n'avons pas à rougir de nos demi-échecs - nos demi-réussites; ils sont bien plus utiles et éclairants que nos "discours sur". Prenons nos expériences comme des tentatives et utilisons-les à ce titre pour nous maintenir en questions.

Notre tendance naturelle est de regarder du côté des usagers, des participants: les usagers sont-ils prêts à participer? Mais je vous assure que c'est extrêmement salutaire de regarder tout autant du côté des promoteurs et intervenants (en bref, de se regarder!): sommes-nous prêts à entendre, à recevoir ce que les participants sont prêts à donner, à modifier nos représentations, nos projets?

Ouf! Cela soulage de partager une inquiétude... mais cela me rassurerait de vous savoir également inquiets!

B.T.

## La participation

### Les multiples facettes d'un concept généraliste

La participation est inscrite au cœur du décret de la promotion de la santé. Elle est définie par le *Vocabulaire pratique des sciences sociales* (1966) comme "participer, c'est avoir part à une chose, en bénéficier, soit y prendre part et donc y coopérer". Il peut s'agir d'un état/d'une situation (le fait de faire partie de) mais également d'une action/engagement (l'acte de participer à). Entre ces deux extrêmes, il existe une multitude de définitions. Elles pourraient être représentées sur un continuum qui irait d'une situation passive jusqu'à un engagement maximum.

D'emblée, ces définitions font pressentir que les pratiques de participation constituent un champ d'intervention large et varié.

Les interprétations de la notion de participation sont multiples. Elles sont fonction de représentations faisant appel à un système de valeurs qui est chargé à la fois d'un idéal et d'un souci d'efficacité.

Ces lectures de la participation se répercutent sur les modalités des actions entre-

prises et sur le pouvoir laissé aux acteurs dans les projets. La multiplicité des représentations pourrait donc être considérée comme un des facteurs en amont de la diversité des pratiques participatives dans le champ de la promotion de la santé.

Les professionnels qui souhaitent mettre en œuvre une stratégie ou un processus participatif posent souvent des questions d'ordre opérationnel: comment faire pour que les personnes concernées participent aux actions organisées, comment faire pour qu'elles viennent plus nombreuses, comment faire pour qu'elles s'investissent plus? Ces questions seraient la conséquence d'une représentation idéale très prégnante de la participation chez le promoteur. Cet idéal pourrait se résumer comme étant une participation maximale de tous les acteurs concernés à toutes les étapes d'un projet. Il semblerait donc que les promoteurs aient le sentiment que si tous les acteurs ne s'inscrivent pas à une action ou s'ils ne s'investissent pas tous à tous les coups, il n'y a pas de participation. Or, nous verrons dans cet article qu'il existe des formes de participation beaucoup plus simples.

Pour répondre à la multiplicité des demandes (d'outils, d'éclairage conceptuel,...) qui ont émergé dans le cadre des aides méthodologiques sollicitées par divers acteurs auprès de l'APES-ULg, un dossier documentaire a été réalisé sur le concept de participation. Il doit être considéré comme un premier outil pour aider les intervenants et les chercheurs de l'APES à préciser la demande, le contexte, les objectifs prioritaires des acteurs,... Ce dossier présente 63 références selon plusieurs niveaux: les références seules, des résumés, des résumés élargis à certains passages significatifs, des reproductions intégrales de quelques pratiques participatives. Une introduction synthétise les principaux axes autour desquels structurer la réflexion sur les pratiques et les concepts de participation, d'empowerment, de partenariat et de participation communautaire.

Cet article synthétise deux aspects de l'introduction du dossier documentaire:

- un éclairage sur trois critères permettant

1 Ce dossier est disponible auprès de l'APES-ULg, Université de Liège, Sart Tilman B23, 4000 Liège, tél. 04 366 28 97, mél [stes.apes@ulg.ac.be](mailto:stes.apes@ulg.ac.be)

rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles, tél. 02 642 57 77, fax 02 642 54 10, e-mail: [genevieve.ducoffre@iph.fgov.be](mailto:genevieve.ducoffre@iph.fgov.be)

### Prostitution

#### Bordeaux

7 décembre 2000

Prévention et prostitution est le thème de la journée régionale d'information organisée par le CRIPS Aquitaine en collaboration avec la Délégation régionale aux droits des femmes à l'égalité, avec le soutien de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale de la Gironde et de la Direction régionale de la jeunesse et des sports.

Intervenants : Mme **Tamzali**, Directrice UNESCO, Commandant **Baillet**, Brigade des mœurs Bordeaux, Mme **Vignau**, Premier procureur de la république adjoint, Amicale du Nid de Toulouse...

Cette journée d'étude qui a pour objectif de sensibiliser aux facteurs de risque prostitutionnel s'adresse aux professionnels du secteur éducatif, sanitaire et social.

Elle aura lieu de 9 à 17 h. à l'Amphithéâtre Gintrac, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2, 33076 Bordeaux cedex.

Programme et inscription auprès du CRIPS Aquitaine. Tél.: 05 57 57 18 80. Fax.: 05 57 57 18 82

Mél: [crisps.aquitaine@u-bordeaux2.fr](mailto:crisps.aquitaine@u-bordeaux2.fr)

### Non-travail

#### Paris

14 et 15 janvier 2001

Congrès "Asnostra 2000" organisé par la Fédération des associations pour la santé du non-travail en France, autour de la problématique "Non-travail et risques de santé".

4 thèmes seront abordés:

- Carence d'emploi et stress social

- Les risques de comportement

- Les risques de santé

- Construire une "médecine de l'emploi".

Renseignements et inscriptions: secrétariat du Docteur Bertran, rue du Président De Gaulle 11, F-85400 Luçon, tél. +2 51 56 20 87, fax +2 51 56 20 90.

### Assuétudes

#### Lille

A partir du 15 janvier 2001

L'université catholique de Lille et l'Université de Montréal organisent un Diplôme interuniversitaire international "Prévention et prise en charge des conduites de

dépendances - alcool, drogues illicites, tabac, médicaments, questions majeures de société. Comment être plus efficace?"

2 cursus possibles:

- 450 heures de formation sur 2 ans: formation à distance avec 4 semaines de regroupement à Lille;

- ou par unités capitalisables (60 heures minimum) sur une durée maximale de 5 ans.

Possibilité d'intégrer la formation lors de chaque semaine de regroupement (janvier, mai, septembre, décembre 2001). Démarrage de la 2ème promotion le 15 janvier 2001.

Contacts: Marthe Malard (directrice adjointe) ou Annik Devos (assistante), Institut social Lille Vauban, Campus St Raphaël, bât. F, bd Vauban 83 BP12, F-59004 Lille Cedex, tél. +3 20 21 93 93, fax +3 20 21 83 29, mél: [islv@fupl.asso.fr](mailto:islv@fupl.asso.fr)

### Santé et travail

#### Paris, Lyon, Strasbourg, Toulon, Montpellier,...

2000-2001

Programme de formation en médecine du travail, de l'emploi et de la prévention:

- stages de deux journées organisés par l'association Cœur et travail sur le thème "cardiologie pratique en médecine du travail" (prévention cardiologique, reprise après un accident cardiaque,...);

- stages d'une journée organisés avec le concours de l'Association française de médecine comportementale sur le thème "comportements et emploi" (tabagisme et entreprise, maladie alcoolique et entreprise, stress et techniques de relaxation);

- stage de deux journées organisé avec le concours de l'Association pour la santé du non-travail sur le thème "santé, emploi et non-emploi: jeunes, retraités, chômeurs".

Renseignements auprès du bureau commun des associations: secrétariat du Docteur Bertran, rue du Président De Gaulle 11, F-85400 Luçon, tél. +2 51 56 20 87, fax +2 51 56 20 90.

Renseignements auprès du bureau commun des associations: secrétariat du Docteur Bertran, rue du Président De Gaulle 11, F-85400 Luçon, tél. +2 51 56 20 87, fax +2 51 56 20 90.

Renseignements auprès du bureau commun des associations: secrétariat du Docteur Bertran, rue du Président De Gaulle 11, F-85400 Luçon, tél. +2 51 56 20 87, fax +2 51 56 20 90.

### Education affective et sexuelle

Jusqu'en juin 2001

La Fédération laïque de centres de planning familial organise des rencontres et formations sur le thème de l'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire, à Arlon, Bruxelles, Charleroi, Chimay, Huy, Liège, Ottignies, Tournai ou Tubize.

Pour recevoir le programme complet des for-

mations: FLCPF, Françoise Brouhon ou Nancy Peltier, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles, tél. 02 502 82 03, fax 02 502 56 13, mél: [flcpcf@freegates.be](mailto:flcpcf@freegates.be)

### Cancer du sein

Le dépistage systématique et gratuit du cancer du sein sera-t-il organisé dès janvier 2001? C'est en tout cas l'intention des Ministres fédéraux, communautaires et régionaux: l'objectif est de réduire de manière significative la mortalité due à ce cancer en invitant toutes les femmes entre 50 et 69 ans à réaliser tous les deux ans une mammographie dans un centre agréé.

Les Communautés, en charge de la prévention et de la promotion de la santé ont un rôle important à jouer pour assurer l'efficacité du dépistage. Elles seront chargées de sensibiliser le public visé. Il leur revient aussi d'envoyer les invitations écrites aux personnes et de recontacter de manière plus personnalisée les femmes qui ne se seront pas présentées suite à la première invitation. Enfin, une phase non négligeable de la campagne assurée par les Communautés selon un protocole d'accord qui inclura l'autorité fédérale, sera l'enregistrement des données épidémiologiques et l'évaluation suivie du processus (nombre de cancers dépistés, efficacité des actions...)

D'après un communiqué de presse du Cabinet de la Ministre de l'aide à la jeunesse et de la santé Nicole Maréchal.

### Assuétudes

Depuis 1996, Prospective Jeunesse, ASBL spécialisée dans la prévention des assuétudes et toxicomanies, publie un trimestriel intitulé "Les Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces Cahiers se veulent un lieu de réflexion, de formation et d'échange d'expériences, d'idées, de points de vue... pour les professionnels de la prévention, de la justice, du social, des soins et les adultes relais (parents, enseignants, éducateurs,...).

Voici la liste des titres parus et encore disponibles:

- Privé ou public: quels espaces de liberté (1 tome)

- Ecole et prévention (3 tomes, tome 1 épuisé)

- Les situations des jeunes adultes - 18-25 ans (1 tome)

- La question du plaisir... le plaisir en question (4 tomes)

- Economie souterraine ou économie des exclus? (2 tomes)

la pratique? Les enjeux psychologiques inhérents à toute demande d'interruption de grossesse seront abordés par des cliniciens ayant travaillé la question du désir/refus d'enfant, de l'ambivalence et du sens de ces maternités impossibles.

L'après-midi sera consacré au travail des équipes de terrain. La pratique I.V.G. sera évoquée tant du point de vue médical que psychologique par l'équipe du C.P.C.F. La prise en charge hospitalière de l'I.V.G. sera abordée par l'équipe du CHU de Tivoli. Une équipe française rendra compte de l'utilisation de la pilule abortive et de l'alternative qu'elle laisse entrevoir.

Lieu: Centre de dépaysement et de plein air de Saint-Vaast, rue Omer Thiriart 232, 7100 La Louvière (de 8h30 à 17h).

Prix: 900 francs / 22,31 €, à verser au compte 879-2535201-77 avec la mention "colloque du 16/11/00 - I.V.G."

Renseignements: CPCF, rue Warocqué 21, 7100 La Louvière, tél. et fax 064 22 88 40.

## Drogue Bruxelles

20 au 26 novembre 2000

**Drogues Pur Kultur. En causer. Sans modération.**

De nombreuses créations artistiques (musique, cinéma, théâtre, peinture, sculpture, etc.) interpellent le public par rapport au phénomène 'drogue'. Si certaines œuvres ont la drogue pour thème central, d'autres y renvoient de façon indirecte. A partir de l'expression artistique, nous pouvons nous interroger sur nos pratiques d'intervenants et interroger la société dans son ensemble.

C'est ainsi que les Antennes Lama ont décidé d'organiser le festival Drogues Pur Kultur l'année où Bruxelles est capitale européenne de la culture.

Une vingtaine d'associations participent au festival, dont plusieurs réalisent des projets avec des jeunes et des usagers de drogues: expositions, réalisations audiovisuelles, cédéroms, etc. Des artistes ayant déjà traité la thématique ou prêts à le faire s'impliquent également en musique, théâtre, etc.

En ouverture du festival, le Théâtre de Poche reprendra le 21 novembre la pièce culte *Trainspotting*.

L'ensemble des manifestations devraient contribuer à faire de la drogue un fait culturel important, et pas uniquement une

thématique médicale, sociale ou juridique.

Le festival Drogues Pur Kultur est organisé avec le soutien de la Communauté française et de la Cocof-Santé.

Informations: Anne-Françoise Raedemaeker, Catherine Lombard, Projet Lama, rue Ransfort 16, 1080 Bruxelles. Tél.: 02 414 07 43. Fax: 02 411 84 96. Mèl: ante.lama@infonie.be. Site internet: www.dpurkultur.org.

## Dépendances Bruxelles

De novembre 2000 à juin 2001

Le Centre pluraliste familial d'Uccle organise un cycle de conférences sur le thème des dépendances.

Un jeudi par mois, deux séances: 12h15 et 20h15.

Les deux premières conférences auront lieu:

- le 23 novembre 2000, "Anorexie et boulimie: conduites alimentaires et dépendances", par le Docteur **Véronique Delvenne**, pédopsychiatre et psychothérapeute;

- le 21 décembre 2000, "Adolescences et transitions", par **Jean Van Hemelrijck**, psychologue et psychothérapeute systémique.

Prix: 200 F (4.96 €) par conférence, ou 1300 F (32.23 €) pour le cycle complet (7 conférences). Réservations au compte 210-0891895-38 du CPF Uccle (indiquer l'heure et la date).

Programme complet et renseignements: Centre pluraliste familial d'Uccle, rue de Stalle 24, 1180 Bruxelles, tél. 02 376 10 00 ou 02 376 75 62, fax 02 332 48 16.

## Adolescent Louvain-la-Neuve

30 novembre 2000

Journée d'étude sur le thème: "La relation entre les adolescents et l'école. Etat des lieux et perspectives", organisée par l'Ecole des Parents et des Educateurs pour les acteurs scolaires (parents, enseignants, éducateurs, étudiants, directions)

Au programme:

Parents et école: quelles relations? par **Michel Develay**, professeur en Sciences de l'Éducation à l'Université de Lyon II  
Relations école et famille, par **Danielle Moureaux**, du Service d'études de la Ligue des Familles

Comprendre la violence à l'école, par **Hélène Auquier** et **Philippe Vienne**, cher-

cheurs au Centre de Sociologie de l'Éducation de l'ULB

20 ans en l'an 2000, par **Marie Millis**, professeur de mathématiques et une **équipe de jeunes**

L'école, un territoire d'expression et d'apprentissage de la citoyenneté, par **Alain Faure**, directeur de l'Institut Technique Chomé-Wyns de Bruxelles

Attendre tout de l'école, n'en attendre rien, par **Christian Lannoye**, professeur d'histoire

Lieu: studio 11, place Agora à Louvain-la-Neuve, de 9 h à 17 h.

Prix: 2000 F (49.58 €), 1000 F (24.79 €) pour les moins de 26 ans et les chômeurs.

Renseignements et inscriptions: Ecole des Parents et des Educateurs, place des Acacias 14, 1040 Bruxelles, tél. 02 733 95 50, fax 02 733 02 26.

## Promotion santé Havré

1er décembre 2000

Dans le cadre des Midis Santé du Bois d'Havré, l'Observatoire de la santé du Hainaut organise une rencontre sur le thème "La promotion de la santé en Flandre", avec Madame **Anne-Marie Peeters**, du VIG (Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie).

Cela se passera le vendredi 1er décembre de 12h à 14h, à l'Observatoire de la santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, Espace rencontres, 2ème étage, 7021 Havré. Un snack santé est prévu.

Inscriptions et renseignements: O.S.H., tél. 065 87 96 04 ou 065 87 96 50, fax 065 87 96 79, mèl: observatoire.sante@hainaut.be

## Maladies infectieuses Woluwé-Saint-Pierre

1er décembre 2000

Le Service d'Epidémiologie de l'Institut scientifique de la santé publique organise un séminaire "Diagnostic et surveillance des maladies infectieuses", en collaboration avec la Société belge de biologie clinique. L'objectif: présenter les tendances récentes et marquantes dans le domaine des maladies infectieuses.

Lieu: Centre culturel et de congrès de Woluwé-Saint-Pierre, avenue Charles Thielemans 93, 1150 Bruxelles. Frais d'inscription: 2.200 F (54.54 €). Inscription avant le 17 novembre 2000.

Renseignements et inscriptions: ISSP Section épidémiologie, Madame Geneviève Ducoffre,

de différencier les formes de participation (concrétisation des représentations);

- une discussion sur les liens existant entre les concepts de participation, participation communautaire, partenariat et empowerment.

## Trois critères pour différencier les formes de la participation...

Les formes de la participation sont objectives grâce à des critères: acteurs, implication et choix de l'objet.

Ces critères servent à organiser les concepts de participation. Ils ne doivent pas être confondus avec des **déterminants** tels le temps, l'initiateur de l'action (est-ce une initiative institutionnelle, professionnelle ou des habitants?), le contexte de l'action (est-ce une mobilisation spontanée<sup>2</sup> des acteurs ou s'agit-il d'une obligation<sup>3</sup>?). Dans le cadre de cet article, nous nous intéresserons uniquement aux critères.

### Les acteurs

Les acteurs de la promotion de la santé sont multiples. L'asbl "Santé, Communauté, Participation" propose de les regrouper en 4 catégories<sup>4</sup> selon le modèle sociétal:

- les élus (les personnes désignées par élection pour exercer un mandat politique);
- les administratifs (les personnes dont la fonction consiste à assurer l'application des lois et la marche des services publics);
- les professionnels de proximité (les professionnels qui accompagnent les acteurs dans les démarches et qui facilitent les initiatives) ainsi que les experts (les spécialistes techniques);
- la population.

Lorsque la population (ou ses représentants non politiques) est sollicitée ou se mobilise dans une action/un projet participatif, nous emploierons le terme de participation communautaire. Lorsqu'il s'agira de stratégie participative entre des professionnels de santé, nous emploierons le terme de partenariat.

### Les niveaux d'implication

L'implication dans les actions et les programmes mis en œuvre se mesure grâce au niveau de pouvoir octroyé aux individus dans la prise de décision<sup>5</sup>. Trois niveaux de participation peuvent être distingués en fonction des modalités de la prise de décision:

- la **consultation** constitue un premier niveau. Son but est uniquement de récol-



La concertation prend du temps

ter des avis. Il n'y a pas de recherche de consensus. Les individus n'ont pas réellement de pouvoir dans la prise de décision;

- la **concertation** représente un deuxième niveau. Son but est de proposer un ensemble de décisions à prendre et de solutions à envisager en commun. Il y a discussion des implications, des conséquences, des adaptations d'une décision et/ou d'une solution déjà prise. Contrairement à la consultation qui a un caractère ponctuel, la concertation s'étend dans le temps. La prise de décision finale ne fait cependant pas l'objet d'un consensus;

- la **négociation** forme un troisième niveau. Son but est de rechercher un accord entre les participants. La prise de décision est commune.

## La participation est maximale lorsqu'il y a participation de tous les acteurs concernés à chaque étape du projet.

### Le choix de l'objet

Dans un programme de santé, les acteurs peuvent décider de participer ou non aux étapes de celui-ci. Ce choix ainsi que le contenu de la participation ne peut évidemment avoir lieu que si les promoteurs leur en laissent la possibilité. Il n'y a donc pas nécessairement une possibilité de participation à chaque étape. Par ailleurs, la participation à une étape n'implique pas nécessairement la participation aux étapes suivantes.

Les étapes d'un programme de santé sont (en simplifiant):

- l'analyse du projet: par exemple l'identification et l'analyse des problématiques des demandes, des besoins,
- la proposition et la sélection d'objectifs,

de stratégies, de méthodes et de ressources...

- la réalisation du projet,
- l'évaluation du projet,
- la décision sur la suite du projet (poursuite, réorientation, arrêt).

Plus les acteurs participent à un grand nombre d'étapes, plus il y a de la participation, plus ils acquerront de l'autonomie. La participation est maximale lorsqu'il y a participation de

tous les acteurs concernés à chaque étape du projet.

Il est cependant utopique de croire qu'il y aura dès le départ mobilisation des acteurs à toutes les étapes. Il s'agit généralement d'un objectif à long terme qui, lorsqu'il est atteint, est le résultat d'un long processus. Notons qu'il s'agit déjà de participation lorsqu'il y a mobilisation des acteurs à une des étapes.

En terme de bénéfice, certaines étapes sont plus intéressantes que d'autres. Par exemple, la participation à l'identification des besoins, et encore plus à la priorisation des objectifs et des stratégies, est plus intéressante que la participation à la réalisation du projet, car elle suppose une implication en tant que décideur.

Par contre, participer seulement à la réalisation du projet positionne l'acteur en tant qu'exécutant. Le champ de décision qui lui est laissé est souvent plus réduit. Il lui est simplement demandé de contribuer à une action.

<sup>2</sup> Par mobilisation spontanée, il faut entendre une mobilisation des acteurs concernés par un problème commun. L'initiative vient du bas de la pyramide sociétale. L'organisation de l'action est assez libre. Le mode de communication est principalement informel. Les acteurs tendent à aplanir les rapports hiérarchiques.

<sup>3</sup> L'obligation peut être une condition pour l'obtention d'une subvention, une condition de survie pour le service, une injonction de supérieurs...

<sup>4</sup> Santé communautaire et promotion de la santé: les acteurs et leurs pratiques, asbl "Santé, Communauté, Participation", pp 9-10.

<sup>5</sup> Partenariat et négociation, CRIDIS, cahier pédagogique n°2, 1996.

## Participation, santé communautaire, partenariat, participation communautaire: des concepts identiques?

De toute évidence ces concepts sont proches. Mais sont-ils toujours liés, interviennent-ils toujours en même temps?

### La participation peut être une fin en soi lorsqu'elle est considérée comme une valeur.

Dans la première partie de cet article, nous avons vu que la participation est un terme générique qui regroupe diverses stratégies et pratiques en fonction des acteurs, du niveau d'implication et du choix de l'objet de la participation.

Le partenariat et la participation communautaire sont deux stratégies de participation.

Le partenariat regroupe des acteurs/services professionnels. A l'intérieur du partenariat, il existe trois niveaux d'implication: la consultation, la concertation et la négociation. Par exemple, le réseau est une pratique de concertation.

Un cas particulier de partenariat mérite d'être souligné. Il s'agit d'un partenariat entre un (ou plusieurs) relais et les représentants de la population. Ces derniers peuvent être considérés comme de réels partenaires lorsqu'ils se sont investis au point d'avoir un réel pouvoir de décision. Dans ce cas, l'implication de la population est très importante. Elle correspond à de la négociation. On parle alors de partenariat avec la population. Ce cas est encore rare en promotion de la santé.

La participation communautaire implique des communautés. La plupart des comités de grèves, des associations de quartiers, des associations de parents, des associations de bénévoles (aide aux transplantés, aux cancéreux, enfants hospitalisés,...), sont des pratiques de participation communautaire.

Participation, participation communautaire et partenariat sont des concepts associés. Comment situer la santé communautaire parmi ceux-ci et par rapport au concept général de participation?

Si l'on se réfère à la *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*<sup>7</sup> citée par Schapman dans *La démarche communautaire*, "une action de santé sera dite commu-

nautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune)".

Cette définition de la santé communautaire reconnaît à la population une place d'acteur. Ce qui nous renvoie à la participation. Celle-ci est un élément de la santé communautaire. Inversement, la participation n'implique pas la nécessité qu'il y ait une démarche de santé communautaire.

### Participation, partenariat et participation communautaire: des concepts complémentaires ou exclusifs? des fins ou des moyens?

Une question souvent formulée est celle de savoir si ces concepts représentent des moyens de parvenir à un objectif, s'ils constituent une fin en soi ou s'ils intègrent fin et moyen dans un même processus.

#### La participation comme moyen

La participation est un moyen de renforcer l'action communautaire lorsqu'on utilise des méthodes participatives pour augmenter les chances de changement de compor-

La participation comme moyen de parvenir à ses fins recouvre sans doute les stratégies les plus communément pratiquées. Les promoteurs et les décideurs sont à l'origine de la participation, ils la suscitent et l'encouragent pour une action particulière. Une fois leur objectif atteint, la participation n'est plus leur souci prioritaire.

#### La participation comme fin en soi

La participation peut être une fin en soi lorsqu'elle est considérée comme une valeur. Dans ce cas, elle cherche à répondre à des valeurs démocratiques qui s'insèrent dans la volonté de construire une société plus juste, plus équitable et libre d'expression.

#### La participation comme processus

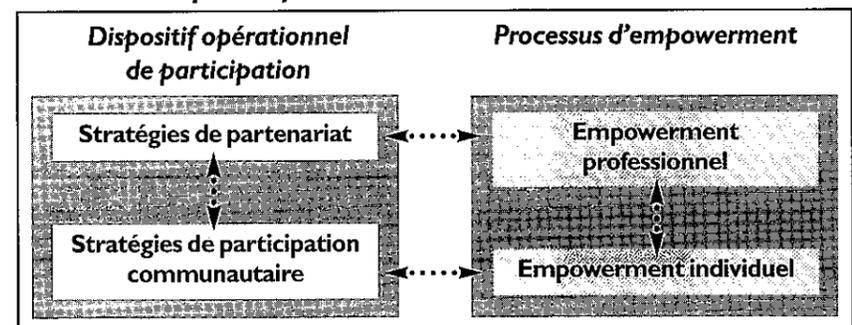
La participation est considérée comme un processus lorsqu'elle intègre à la fois la participation comme fin et la participation comme moyen.

La participation en tant que processus est de loin la plus complète mais la plus difficile à mettre en œuvre. Elle requiert beaucoup plus d'investissement de la part des acteurs qu'une simple contribution à une action. Elle nécessite de repenser le mode de fonctionnement des acteurs et des structures dans lesquelles ils fonctionnent. Il s'agit toujours d'un processus à long terme.

Tous les concepts cités dans cet article peuvent être intégrés dans un schéma qui représente le processus de participation.

A l'intérieur de ce schéma, plusieurs cas de figures sont possibles. Dans le processus de participation deux axes principaux sont à

### Processus de participation



tement chez les personnes. Dans ce cas, la participation est de type utilitariste. Elle est au service des objectifs à atteindre. Elle sert à augmenter l'efficacité d'un projet, elle sert à réduire le coût du projet.<sup>8</sup> On demande aux personnes concernées d'être actives dans les propositions que les professionnels/institutions leur font.

6 Bass, *Promouvoir la santé*, Paris, L'Harmattan, Santé, Sociétés et culture, pp.304, 1994.

7 *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*, Paris: Institut Théophraste Renaudot, 1998: 14p.

8 in Schapman et al., *La démarche communautaire*, Société française de Santé publique, draft, 1999.

8 OMS. *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire*, Série de Rapports techniques, n°809, p.5.

également l'occasion d'un ajustement persévérant des représentations ambiantes concernant les personnes mentalement perturbées ou handicapées, le rôle et le vécu de leurs proches, ainsi que la pondération la plus harmonieuse à envisager entre remèdes sociaux, relationnels et médicaux...

Avant de développer et de croiser ici, au fil du temps, diverses analyses concrètes de la communication courante (ou moins courante) relative aux questions de santé, lançons encore une ou deux pistes susceptibles de servir de balises à une telle rubrique.

### Pas de chasse aux sorcières

Sans craindre la dénonciation de certains travers, ni même à l'occasion le style polémique ou les mouvements d'humeur, il conviendrait le plus souvent possible de rapporter les phénomènes épinglés à leurs causes profondes et souvent multiples (entre autres, les conditions de travail segmenté et précipité qui prévalent dans nombre de rédactions). On pourrait craindre en effet que l'idée, salutaire en soi, de mise à l'examen méthodique des productions médiatiques dans le champ médico-sanitaire soit perçue de prime abord comme vexatoire ou saugrenue par certains journalistes de bonne foi.

Il n'entre certes pas dans nos intentions de nous poser en censeurs ni de jouer aux procureurs dans cette matière. Il s'agirait

idéalement de réfléchir de concert, entre gens de médias et gens de santé publique, à ce qui peut émailler l'information ordinaire touchant aux questions de santé de diverses scoreries, ambiguïtés, voire contresens évitables.

Bien mené, un tel effort devrait naturellement aboutir à mettre en lumière les contraintes triviales et les repères éthiques - praticables ou non - du métier médiatique, selon les types de support et de "culture d'entreprise". Que maints agents d'information se montrent personnellement aussi consciencieux que possible n'est pas douteux; ce qui fait le plus défaut à notre avis c'est une capacité de prendre du recul et une volonté de saisir collégialement - sur une échelle qui excède sensiblement le simple volontarisme individuel des communicateurs - les tenants et aboutissants de la confection d'informations à substrat sanitaire.

La balle, de surcroît, ne sera pas toujours lancée dans le camp de ceux qui traitent l'information à destination du public, mais pourrait l'être aussi dans le camp de ceux qui, plus spécialisés, ne les éclairent pas toujours assez ou comme il conviendrait dans une optique de développement durable de la qualité des messages...

### Santé publique, santé au quotidien

Si l'on peut se réjouir de l'actuel développement d'initiatives plus ou moins ambitieuses et structurées de réflexion critique

sur le rôle et les pratiques des médias dans le champ sanitaire, il faudrait se garder de ne s'intéresser qu'aux thématiques issues de situations de crise (la communication publique erratique relative à la vache folle ou à la crise dite de la dioxine, par exemple) ou générées par des coups médiatiques qui ont fait scandale dans les milieux concernés (le secteur hospitalier français secoué par ses palmarès à sensation; l'animalerie d'une Faculté de médecine accusée de cruauté envers les animaux, etc.).

Des phénomènes sensiblement plus anodins ou plus banalisés en santé publique (tels l'insécurité routière, la pratique d'exams de dépistage de routine, la logique des urgences, la compréhension exacte de la portée d'une "innovation" chirurgicale ou pharmacologique...) pourraient également être passés au crible d'une démarche de qualité s'appuyant à la fois l'opportunité, l'acceptabilité, l'équité, la clarté et la scientificité des allégations médiatisées.

Enfin, vieille règle impérieuse de savoir-faire pédagogique, lorsqu'on vise réellement la promotion de la réussite plutôt que la sanction de l'échec, il conviendra d'être attaché au repérage, à la valorisation et à l'analyse des réalisations prometteuses ou exemplaires autant qu'à la dissertation sur les manquements flagrants. Du pain sur la planche, donc...

**Thierry Poucet**, aspirant journaliste de santé publique (Union nationale des mutualités socialistes), chroniqueur radio (RTBF) ■

## Brèves

### Jeu Louvain-la-Neuve

14 novembre 2000

L'asbl *Univers santé*, organisme de promotion de la santé auprès des étudiants, organise une conférence sur *Les dangers des jeux d'argent et de hasard dans les salles de jeux et les cafés*. Quels sont les risques de dépendance et comment s'en sortir? Que prévoit la nouvelle loi sur les jeux de hasard et comment l'appliquer? Quels sont les enjeux financiers, comment contrôler les salles de jeux? Quelle éthique notre société veut-elle défendre en la matière?

**Serge Minet**, psychologue, **Etienne Marique**, président de la Commission des jeux de hasard prévue par la loi, **Marc Callu**, responsable du programme 'Jeux de hasard' à la Police judiciaire, et **Philippe Van Parijs**, responsable de la Chaire d'éthique économique et sociale à l'UCL tenteront de répondre à ces questions.

Cette conférence-débat aura lieu à 20h15, à l'Auditoire Socrate, Place du cardinal Mercier 11.

Informations: *Univers santé*, tél.: 010 47 28 28.

### Interruption volontaire de grossesse

La Louvière

16 novembre 2000

Le Centre de planning familial des Femmes prévoyantes socialistes du Centre et de Soignies organise un colloque sur le thème de l'«I.V.G., 10 ans après la légalisation».

La matinée s'articulera autour d'exposés théoriques. L'I.V.G. sera questionnée dans sa dimension historique et politique. Les années de clandestinité et de militantisme ayant fait place à la dépenalisation et au professionnalisme engagé: qu'en est-il de

## Journaliste de santé publique, une espèce en voie d'apparition?

**N**'est-il pas temps de s'assigner pour but une exploration méthodique et continue des modes d'approche de la santé par les médias? Pour en cerner les caractéristiques, les racines, les fluctuations de manière fine - et non plus seulement intuitive. Pour tenter d'en apprécier les retombées enviables, embarrassantes, voire nocives sur les souffrants, les usagers-citoyens, les professionnels, les décideurs. Pour imaginer enfin des stratégies de réduction des risques de dérapage et de promotion des pratiques les plus recommandables.

Les émissions et les publications vouées à la bonne forme ou à la santé ont la cote depuis déjà un bon nombre d'années. Les sujets touchant au bien-être, à la sécurité individuelle et collective, aux développements de la médecine ne cessent par ailleurs d'occuper une place de choix dans les médias généralistes. L'attestent, entre autres, l'insertion de pages santé hebdomadaires dans certains quotidiens, la pratique des suppléments santé autonomes, joints épisodiquement à certains périodiques et l'envahissement d'internet par deux thèmes dominants, dont on nous dit qu'ils crèvent l'écran en nombre de sites et de fréquentations: l'érotisme, d'une part, notre chère santé de l'autre, où le meilleur côtoie le pire.

Pour s'en tenir au domaine psycho-médico-social, il n'est guère douteux que le fouillis ambiant de messages et d'initiatives informationnelles contribue peu ou prou à forger une culture sanitaire de masse.

Vaguement plurielle, trop souvent démagogique, celle-ci nous semble carencée en subtilités essentielles dans divers domaines, quelquefois ingénument captive de modes et d'influences suspectes. Elle s'incruste dans la société, la marque de son empreinte, en même temps qu'elle s'intègre et coopère à des tendances culturelles plus larges.

### Un regard de plus en plus exigeant

Dans d'autres secteurs, comme celui de la justice, notre pays a connu ces dernières années des forums de discussion *ad hoc*, malheureusement éphémères, sur les responsabilités de la presse. Certaines crises nationales ou internationales et divers événements retentissants font désormais régulièrement l'objet de tribunes libres, émanant souvent d'analystes et de chercheurs, qui prennent directement pour cible le traitement médiatique 'superficiel' ou 'lacunaire' de certaines réalités et questions de fond.

Petit à petit, l'idée que la fonction d'informer peut être soumise à un regard critique à visée constructive prend ainsi consistance. Côté consommateurs, cela aboutit à l'ensemble des initiatives actuelles dites "d'éducation aux médias", qui visent la sensibilisation et le ressaisissement des cibles de l'information, des plus jeunes d'entre elles en particulier. Le pendant professionnel, qui consisterait à travailler davantage la qualité de la chaîne de production<sup>1</sup> des informations au sein même des médias populaires, reste par contre largement en friche.

La presse est un bien de consommation à teneur démocratique *a priori*. Si elle peut légitimement prétendre au titre de "quatrième pouvoir" - lorsqu'elle exerce notamment sur les trois premiers son magistère de libre commentaire et d'investigation - tout incline à souhaiter qu'elle n'échappe pas non plus, en tant que pouvoir, à une mise à l'examen récurrente et sourcilieuse de ses oeuvres. Ne serait-ce que pour justifier aussi a posteriori ses médailles du mérite civique et, osons le mot, civilisationnel.

Notre conviction est qu'une autocritique assidue des agents d'information et une critique externe régulière (qu'elle émane d'experts ou de la société civile) ne seront pas superflues pour avancer dans ce sens.

Quelle traduction spécifique pourrait prendre cette mise à l'examen méthodique dans le domaine de la santé? Voilà ce que, dans ces colonnes, nous invitons nos

lecteurs à rechercher et à préciser ensemble à l'avenir, pas à pas, au sein d'une rubrique "Communication" dont le contenu et la périodicité dépendront en grande partie des centres d'intérêt et des contributions de chacun.

### Une vigilance à cultiver

L'heure est propice. Depuis peu en effet, au-delà de quelques rares initiatives pionnières<sup>2</sup>, le phénomène d'interpellation et d'introspection touchant au fonctionnement des médias atteint également le vaste domaine médico-sanitaire. Le colloque "Hôpitaux, santé et médias" qui s'est tenu à Bruxelles au printemps dernier à l'initiative de la MMISS<sup>3</sup> en témoigne.

J'ai eu personnellement l'occasion d'intervenir fin septembre dans la première étape d'une sorte de conférence de citoyens qui se déroule actuellement en France, sous la houlette du Groupe Image, concernant "l'information sur l'hôpital à diffuser auprès du grand public"<sup>4</sup>. Le 1er décembre prochain, à l'instigation de l'Université de Liège, doit se tenir une rencontre sur le thème: "Le risque et sa communication publique"<sup>5</sup>.

Gageons que l'Année de la santé mentale qui s'ouvre pour l'instant en Belgique sera

<sup>1</sup> En y distinguant au minimum: la conception, la documentation, la sélection, le façonnage, la distribution et l'impact de l'information.

<sup>2</sup> Solutions au passage le 'vieux' colloque d'Infor-drogues intitulé "Comment parler des drogues?", 1987 (Actes en grande partie toujours pertinents, publiés en 1989, 120 p.).

<sup>3</sup> Maîtrise en management des institutions de soins et de santé (Ecole de Commerce Solvay et Ecole de santé publique de l'ULB). Organisé du 30 mars au 1er avril 2000, ce colloque sera l'objet d'une recension prochaine dans Education Santé, quand ses Actes seront disponibles.

<sup>4</sup> Ce "séminaire d'usagers" a été motivé par les publications rocoluses et retentissantes de "palmarès hospitaliers" dans plusieurs livraisons de la revue Sciences et Avenir. Une excellente critique méthodologique de ces palmarès a fait l'objet d'un dossier dans le mensuel français La Recherche (octobre 1999). Le Groupe IMAGE (Information médicale et aide à la gestion des établissements) est un département lié à l'Ecole nationale de santé publique de Rennes.

<sup>5</sup> Renseignements: Pierre Hupet, NETRAM (Network for Education and Training in Risk Analysis and Management), Ulg, Bd du Rectorat 7, Bât 31129, 4000 Liège. Mél: pierre.hupet@ulg.ac.be

distinguer. Le premier concerne le **dispositif** de participation. Il englobe les stratégies de partenariat et de participation communautaire. Le deuxième concerne le **processus d'empowerment**. Celui-ci peut toucher le professionnel ou le profane. En 1987, Rappaport définit l'empowerment comme "un processus ou un mécanisme par lequel les personnes, les organismes ou les communautés acquièrent le sentiment d'exercer ou exercent un plus grand contrôle sur les éléments qui les concernent".

A la notion d'empowerment, s'apparente donc celle de pouvoir. Malheureusement, ce terme n'a pas d'équivalent en français. Il semble toutefois que l'expression "le pouvoir de dire et d'agir" utilisée par Touraine

(1966) se rapproche le plus de sa traduction. Le "pouvoir de dire et d'agir" fait référence au processus par lequel les individus acquièrent le pouvoir et le contrôle sur leurs ressources. Ils ont pris conscience de leur situation et agissent pour améliorer leur vie et leur environnement.

De manière générale, il y a des allers-retours constants qui vont du processus collectif (stratégies de partenariat et de participation communautaire) au processus individuel (empowerment). Par ailleurs, au sein de processus participatifs, les échanges entre les professionnels et la population sont potentiellement générateurs d'empowerment pour ces deux catégories d'acteurs.

Dans un cas idéal de participation, les professionnels et la population développeraient des stratégies participatives dans leur environnement. Ce faisant, ils acquerraient progressivement plus d'autonomie dans leur vie et leur travail (empowerment). Il s'agit donc d'une spirale où tous les concepts liés à la participation sont en relation et s'enrichissent les uns les autres. Progressivement, ils permettent aux acteurs d'obtenir plus de pouvoir, de s'investir de manière croissante et en définitive, de devenir réellement acteurs de leur santé.

Anne Liesse, Carine Lafontaine, Chantal Vandoorne, APES-ULg ■

## Un Forum Santé à Forest

**D**ans le cadre du programme Forest Quartiers Santé de la Maison médicale, un Forum Santé était organisé à Forest le 4 mai 2000 sur le thème *Un réseau santé: pour quoi faire?*

Quelque 1000 invitations avaient été envoyées aux professionnels locaux et aux participants des groupes nominaux (professionnels et habitants). Plus d'une centaine de personnes ont répondu présent.

C'était un moment-clé pour ce programme de santé communautaire. C'était aussi une journée qui a soulevé de nombreuses questions et souligné pas mal de défis à relever pour les mois à venir.

Au départ de la journée, les promoteurs ont précisé les différents axes de travail à explorer ainsi que leurs attentes: parler et développer les réseaux existant à Forest pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

**Martine Bantuelle**, responsable d'Educa-Santé a ensuite décrit les principes de base de la santé communautaire et la place des réseaux.

**Annie Moulart**, assistante sociale à Forest a relaté le cheminement des groupes nominaux, processus mis en place pour réaliser un diagnostic de communauté par rapport à ses besoins de santé. Elle avait délibérément choisi un angle d'approche subjectif qui fut très éclairant sur l'apport et les difficultés rencontrées dans ce type de démarche et aussi sur les questions que cela renvoie aux professionnels (message

reçu 5 sur 5 par les participants si l'on en croit l'applaudimètre!).

Troisième point de vue, celui du **CRDIS** qui était chargé par les promoteurs d'analyser le matériau récolté par les groupes nominaux. La tâche de ces groupes nominaux était de répondre à "Qu'est-ce qui empêche les gens de se sentir en bonne santé, de se sentir mieux, de mieux vivre?". Le tableau des freins ainsi dressé est assez sombre et occulte, hélas, les ressources, les potentialités de la communauté pour être en bonne santé.

D'emblée, Farida Boujraf a renvoyé une série de questions: derrière les mots utilisés par les participants des groupes nominaux, quelles sont les représentations de la santé qui sont véhiculées? Qu'est-ce qui a été mis en commun? Entre les habitants forestois, qu'est-ce qui est commun, qu'est-ce qui fait communauté? Dans cette démarche, qu'est-ce qui a été fait pour relier les gens entre eux?

Pour Farida Boujraf, le processus vécu à Forest témoigne de la difficulté des professionnels à consulter largement leurs publics, quelque chose n'a pas fonctionné dans la transmission entre professionnels et habitants'. Et la question se pose: créer ou imposer un modèle de santé communautaire?

Autre temps fort, l'intervention d'un comédien, **Luc Vandermaelen**, mettant en scène l'histoire d'un homme sous pression: ONE, médecin, IMS, PMS, ... tout le

monde s'y met pour lui dire comment il doit s'occuper de ses enfants, de sa femme. Lui, il en a marre, dans un geste de protestation, il jette son cri Je suis libre! sur le mur. Revendication virulente complétée par un regard sans concession sur les professionnels que nous sommes: "Des fois, je me demande si c'est pas eux qui ont un problème. Ils se sentent coupables s'ils ne s'occupent pas des autres ou quoi? Mais ils feraient mieux de régler leurs problèmes, on en aurait peut-être moins!".

Le débat qui a suivi cette matinée s'est donc principalement centré sur la relation entre professionnels et habitants. Si l'intérêt de l'approche semblait faire quasiment l'unanimité, restait toutefois la difficulté de s'y atteler.

L'après-midi était consacrée à quatre ateliers abordant les ressources et difficultés du travail en réseau (professionnel). **Alain Cherbonnier**, lors des conclusions, en résumait quelques éléments.

Du côté "moins", on a soulevé les risques quant à l'exercice du pouvoir dans les réseaux (processus de décision pas clairs, dilution des responsabilités, écrasement de minorités, ...), la perte d'énergie, le découragement, le manque de continuité, l'institutionnalisation qui fige ou, au contraire, l'informel qui fragilise.

<sup>1</sup> Cette analyse renvoie aussi une caractéristique frappante des participants à cette journée: quasi exclusivement des professionnels, les habitants étant les grands absents du jour.

À cheval sur la ligne "plus" et "moins", on retrouve le facteur temps (ressource en même temps que limite). Et puis on ne se connaît pas! Le premier pas, c'est la visualisation et la reconnaissance des uns par les autres, la définition des concepts ("de quoi parlons-nous?") et l'explicitation des valeurs.

Du côté "plus", la créativité tout d'abord, les satisfactions que l'on peut en retirer

sur le plan professionnel: les échanges, la circulation d'informations, voire les effets formatifs. Plus loin encore, l'expression et la concertation des professionnels ou des habitants peuvent représenter une "avancée démocratique" par la pression qu'elles permettent d'exercer sur les pouvoirs publics. Sans oublier le plaisir de travailler avec des gens que l'on apprécie!

Voilà, brièvement rapporté, le contenu de

cette journée qui apporte aux promoteurs ainsi qu'à tous leurs collègues forestois, sa manne de réflexions, questions et défis à relever. Bon travail!

**B.T.**

Pour en savoir plus sur cette journée, vous pouvez obtenir un exemplaire des actes du Forum Santé auprès de Forest Quartiers Santé, rue du Curé 7, 1190 Bruxelles, tél. 02 333 07 86 ou fax 02 332 27 50. ■

## La participation, utopie de la prévention?

Le concept de participation est varié: participation du public cible à une activité, participation des relais de terrain à la construction d'un projet intersectoriel ou participation des décideurs politiques au sein d'une asbl, etc.

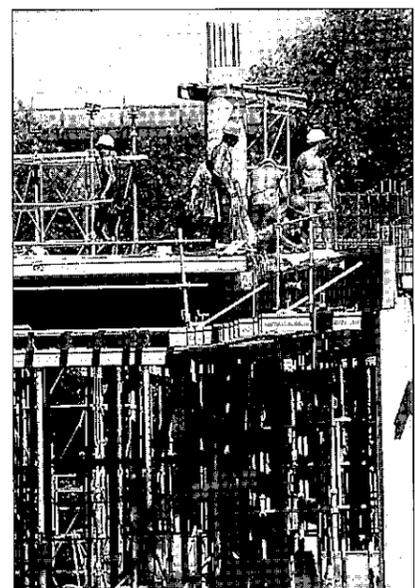
Selon Limbos<sup>1</sup>, participer c'est conjuguer deux aspects: c'est autant **prendre part** à une activité (recevoir) qu'**apporter**, partager des acquis (donner).

Ainsi, tout individu a plusieurs raisons de participer: il peut s'agir d'une situation de fait, d'un choix délibéré, d'une nécessité, voire encore d'une obligation. Selon les cas, la participation est tantôt agréable ou, au contraire, vécue comme une corvée. Elle est en outre conditionnée par divers éléments: la qualité de l'information donnée, la nature du contrat implicite qui lie l'organisateur et le participant, le respect des compétences de chacun, le climat émotionnel, le droit à l'erreur, la motivation.

La motivation, elle, sera influencée par la clarté des objectifs à atteindre, par le réalisme des tâches à accomplir et par l'intérêt du résultat visé. Et Limbos d'ajouter: les vraies responsabilités apportent d'intenses satisfactions, le membre a la faculté de prendre part et d'avoir accès aux décisions. En d'autres termes, il a la possibilité d'accroître son pouvoir d'agir sur les choses importantes pour lui<sup>2</sup>.

### Le moment et la méthode

Tout professionnel du secteur, attentif au développement de méthodes participatives, devrait accorder de l'importance, me semble-t-il, d'une part au moment où son activité touche l'individu (dans son propre processus de maturation) et d'autre part à la méthode qu'il déploie pour transmettre son information.



La résistance de la population à l'égard d'un grand chantier coûte cher à tout le monde.

L'aspect lié au **moment** est peut-être le moins perceptible pour le professionnel. Il faut souvent plusieurs activités, informations récurrentes pour qu'un individu se décide au changement. Nous sommes inscrits dans un contexte psychosocial et notre résistance au changement est telle qu'il faudra que plusieurs éléments de ce contexte se modifient pour que nous évoluions à notre tour. Le professionnel n'est pas le seul acteur de changement, il doit accepter le deuil de sa toute-puissance.

Ensuite, il est intéressant d'accorder de l'importance à la **méthode** déployée. Celle-ci sera certainement différente selon que l'on souhaite développer une participation passive (recevoir) ou active (donner). C'est ce deuxième type de participation, basé sur le partage des acquis, qui nous intéresse ici.

L'éclairage que je souhaite apporter tire sa lumière de l'éducation à l'environnement et de l'éducation à la citoyenneté. Ces deux secteurs accordent également la priorité dans leurs discours à la participation de la population. Cette dernière doit s'investir d'avantage dans la gestion de la vie courante, dans la gestion de l'environnement! Les individus devraient participer aux prises de décision, donner leurs avis.

Divers outils existent pour ouvrir le dialogue entre l'autorité publique et le citoyen. Ceux-ci disposent de moyens variés pour communiquer, écouter, faire connaître leur point de vue: enquête publique, référendum, commissions consultatives, assises, plates-formes, agora, forums, états généraux, pétitions, associations sans but lucratif, manifestations, etc.

Mais pourquoi toutes ces formules, n'ont-elles pas la même efficacité? Quelles sont les méthodologies les plus pertinentes en matière de participation active?

La population demande aujourd'hui un contact direct. Nous sommes dans une société dont les repères changent vite, où la connaissance évolue rapidement et où la maîtrise de la communication est indispensable<sup>3</sup> pour s'adapter à son évolution. Il importe dans ce contexte de créer des conditions favorables à une prise de décision participative.

1 LIMBOS E., La participation. Concept et méthodes pour développer la qualité et l'animation de la vie associative. Les éditions ESF. Entreprise moderne d'édition, Paris 1986, 170p.

2 LECHIEN X., Empowerment: illusion ou réalité? Eclairage contrasté d'un concept en vogue. in Education Santé n° 124. Janvier - Février. Bruxelles. 1998. pp 4-6.

3 RAMONET I., La tyrannie de la communication. Collection "L'espace critique". Editions Galilée. Paris, 1998, 208p.

Une commission d'évaluation composée de divers professionnels et responsables serait chargée d'accompagner la mise en œuvre de la loi et d'en évaluer les incidences socio-sanitaires et judiciaires.

Les députés verts souhaitent, eux aussi, que la réglementation des drogues dites douces<sup>4</sup> s'accompagne du renforcement quantitatif et qualitatif des politiques de prévention et de réduction des risques, sous-financées et insuffisamment coordonnées aujourd'hui.

Enfin, la ministre de la Santé publique, Magda Aelvoet, prépare actuellement un arrêté

royal qui autoriserait l'usage médical du cannabis pour certains patients spécifiques. Son administration en tant qu'antidouleur, notamment, pourrait s'avérer bénéfique dans certains cas. La ministre a demandé un avis à la Commission médicale à ce sujet.

Ainsi, les propositions visant à une reprise en charge lucide et efficace du phénomène par l'état affluent du côté francophone. Elles visent toutes à clarifier le climat ténébreux et truffé d'arbitraire de la politique actuelle en matière de cannabis, politique qui met la prévention sinon dans l'impasse du moins

dans un cadre de travail des plus complexe. Dès lors, malgré les réticences exprimées au nord du pays, il est raisonnable de penser que cette fois le gouvernement n'échappera pas au débat de la dépénalisation du cannabis. Quoique raison et politique ne s'accordent pas toujours...

**Phillipe Bastin**, Infor-Drogues a.s.b.l.

Adresse de l'auteur: Infor-Drogues, rue du marteau 19, 1000 Bruxelles. ■

4 Il serait temps que le monde politique abandonne ce mode de classification (drogues dures - drogues douces) qui n'a aucun fondement scientifique et est, par contre, porteur de confusion.

## Pilule du lendemain

### Promouvoir une vie affective et sexuelle épanouie chez les jeunes

La sortie d'une "pilule du lendemain" qui trouve depuis septembre une nouvelle présentation en pharmacie, et la parution récente d'une étude sur le nombre d'interruptions de grossesse en Belgique relancent le débat sur l'utilisation des moyens contraceptifs, mais aussi sur le rapport à la sexualité et la protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). Le Ministre bruxellois chargé de l'Action sociale, **Alain Hutchinson**, a ainsi proposé une réflexion visant à améliorer l'accès à la contraception chez les jeunes en permettant notamment aux infirmières présentes dans les écoles, d'intervenir dans la distribution de la pilule du lendemain.

Si l'accès à ce type de moyens doit être facilité, pour une meilleure efficacité et pour éviter dans la plus large mesure les gros-

esses non désirées, avec les conséquences affectives, psychologiques et sociales difficiles que l'on connaît, il faut toutefois élargir la réflexion.

C'est avant tout une véritable **promotion d'une vie affective et sexuelle épanouissante, où les jeunes se sentent acteurs responsables**, qu'il faut mettre en œuvre.

A l'heure actuelle, trop peu de programmes allant dans ce sens sont proposés aux jeunes. La question de la sexualité est aussi trop souvent présentée sous l'angle important mais forcément réducteur de la protection contre le sida ou des autres MST, ce qui engendre une image négative de la sexualité. Dès lors, il est essentiel de renforcer le travail éducatif, en particulier dans les écoles, en abordant la question de la sexualité dans son ensemble. En outre, pour une efficacité optimale, la participation de plusieurs partenaires est nécessaire: écoles, équipes de l'inspection médicale scolaire

(IMS), centres de planning familial, médecins généralistes, associations de parents.

La "pilule du lendemain" doit s'inscrire dans l'approche globale liée au concept de vie affective et sexuelle. Cette contraception d'urgence demande cependant une écoute et une attention particulière qui doit permettre de rencontrer et de recadrer les situations d'exception. Fortes de leurs compétences au niveau médical, les équipes de l'inspection médicale scolaire pourraient intervenir dans ce cas particulier.

C'est une piste de réflexion que mène **Nicole Maréchal** dans le cadre de la réforme de l'IMS. La Ministre souhaite également favoriser une meilleure implication des différents acteurs et travailler en collaboration avec les Régions dans le cadre d'une réflexion concertée s'inscrivant à long terme.

(d'après un communiqué du Cabinet de la Ministre de la Santé de la Communauté française) ■

## Profil de santé

### Une mise au point

Suite à la présentation du "Profil de santé de la Province de Liège", nous avons reçu de Madame **Jacqueline Trignon**, coordinatrice du projet Liège Province Santé, les précisions suivantes: "Je tiens à spécifier que ce travail a été réalisé dans le cadre de notre appartenance au projet européen de l'Organisation mondiale de la santé, sur base d'un cahier des charges strictement élaboré par l'OMS. Bien que poursuivant des objectifs proches de celui des Tableaux de bord, il s'avère néanmoins quelque peu différent dans sa conception qui prend en

compte l'Europe dans son ensemble.

Il constitue le point de départ d'un projet plus global et de la mise en place par la Ville, la Province et l'Université de la stratégie de la Santé pour tous.

L'OMS oblige les membres de son Projet à dresser une cartographie locale; nous n'avons pas œuvré exclusivement sur l'entièreté de la Province de Liège mais avons recherché, chaque fois que cela était possible, les données pour les arrondissements, en relevant également celles pour le pays et la Ville de Liège.

Cette étude permet donc de mettre en

évidence des différences intraprovinciales. Ce fait n'apparaît pas dans l'article publié alors qu'il en constitue la spécificité et a nécessité des recherches réellement très difficiles. C'est la raison pour laquelle j'ai pensé que, pour une saine et fructueuse compréhension, je me devais de réagir. Voyez-y une démarche entreprise dans un esprit réellement positif!"

Pour tout renseignement: **Projet 'Liège Province Santé'**, Maison de la Qualité de la vie, Bd de la Constitution 19/2, 4020 Liège. Tél: 04 349 51 33 - fax: 04 349 51 35. ■

1 Education Santé n° 152, octobre 2000, p. 14.

Ce rapport intitulé "La politique en matière de drogue en l'an 2000: le point de la situation" a été présenté en janvier 2000, par le ministre de la Justice, Marc Verwilghen<sup>3</sup>.

Le rapport confirme les interprétations divergentes de la Directive De Clerck et les effets non désirés concernant la politique des poursuites, le recours trop fréquent aux peines d'emprisonnement, et de façon plus générale se montre critique en matière de répression. Des recommandations en matière de prévention, répression, suivi et intégration des différents niveaux de pouvoirs sont jointes.

## De nouvelles propositions pour une nouvelle politique?

Le 27 janvier 2000, le Premier ministre, Guy Verhofstadt, annonçait la décision du Conseil des ministres d'élaborer une note politique sur la base du rapport des professeurs De Ruyver et Casselman ainsi que sur base de l'évaluation attendue des politiques menées dans d'autres pays (il est question de la France et des Pays-Bas dont les politiques sont radicalement différentes mais aussi du Luxembourg). Ce rapport global d'évaluation relatif à la politique actuelle en matière de drogue devrait alors être soumis au Parlement.

C'est la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, Magda Aelvoet, qui a été chargée de piloter le groupe de travail composé de représentants de différents ministres fédéraux ('Kern', Affaires sociales, Justice, Economie, Intérieur). Celle-ci a émis le souhait d'associer les Communautés et les Régions puisque la problématique des drogues relève aussi de leurs compétences. Néanmoins, dans un communiqué de presse du 27 janvier 2000, le ministre de la Justice déclarait d'emblée qu'il ne pouvait y avoir de discussion à propos de la légalisation des drogues!

Qu'à cela ne tienne, en marge de l'action gouvernementale, les trois partis de la majorité francophone ont déposé des propositions de loi en vue de modifier la loi de 1921 en matière de stupéfiants en ce qui concerne le cannabis.

## Les francophones en pointe

### La proposition libérale

Le 24 février 2000, les députés PRL, Daniel Bacquelaïne et Olivier Chastel, déposent

une proposition de loi en vue de décriminaliser partiellement la détention du cannabis et de ses produits dérivés en fixant le seuil autorisé jusqu'à 15 grammes pour un usage personnel ainsi que l'usage en groupe de ladite substance.

Même si dans l'exposé des motifs les auteurs présentent cette proposition comme une première étape vers un système de légalisation contrôlée du cannabis, on peut regretter que le projet n'inclue pas l'acquisition légale et réglementée du produit. Du côté des consommateurs, des risques continueront de persister: absence de contrôle de qualité du produit, approvisionnement clandestin, confrontation possible au 'milieu', etc. Du côté de l'Etat, il couvrira un commerce illégal dont les bénéfices profitent aux mafias (cas de la politique hollandaise).

Par ailleurs, les auteurs soulignent que quelle que soit la politique criminelle défendue en matière de stupéfiants, "toutes les actions et tous les moyens doivent être concentrés autour de la prévention, pilier fondamental de toute politique globale et intégrée" en ce domaine.

Voilà de bonnes résolutions. Espérons qu'elles seront suivies d'effets, car jusqu'à présent de nombreux hommes politiques ont tenu de tels propos tout en faisant l'inverse!

### La proposition socialiste

Le 21 mars 2000, les députés PS, Patrick Moriau et Thierry Giet, déposent leur proposition de loi. Ceux-ci optent pour une dépénalisation totale de la consommation en groupe, et de l'acquisition et de la détention en vue de la consommation personnelle. D'autre part, ils proposent la création d'un Institut belge de certification et de contrôle placé sous l'autorité des ministres de la Santé publique, de la Justice et des Affaires économiques et chargé d'organiser le contrôle des personnes et établissements agréés (pour exporter, fabriquer, stocker, transporter, vendre ou offrir, etc.), de procéder à la certification des produits (conformité, qualité), ainsi que d'assurer la collecte, la circulation et la publication d'information relative aux actes visés et à la consommation de cannabis.

Ils proposent également la création d'un Observatoire fédéral du cannabis placé lui aussi sous l'autorité des mêmes ministres fédéraux. Ce serait un organe de réflexion chargé d'émettre des avis et des propositions sur le système mis en place et sur la consommation de cannabis.

La vente et l'usage du cannabis seraient ainsi encadrés par l'Institut. Diverses restrictions

sont formulées afin d'être en cohérence avec d'autres dispositions légales: l'interdiction de fumer du cannabis dans certains lieux publics, la publicité, l'interdit de consommation pour les moins de 16 ans. Avec la constitution de l'Institut de certification et de contrôle, les députés rencontrent l'obligation internationale de création d'un office fédéral de tutelle lorsqu'un stupéfiant est mis en circulation dans un pays.

### La proposition écologiste

En 1997, trois membres d'Ecolo-Agalev, Vincent Decroly (Ecolo), Martine Schüttringer (Ecolo) et Frans Lozie (Agalev) déposaient une proposition de loi visant à réglementer l'usage et le commerce du cannabis. Mais cette proposition n'avait pas été retenue.

En juillet 2000, les verts récidivent en déposant une proposition de loi qui actualise et complète la précédente. Les députés Vincent Decroly, Paul Timmermans, Zoé Genot (Ecolo) et Simone Leen (Agalev) proposent eux aussi une réglementation de l'offre et de la demande du cannabis par la dépénalisation de la détention, l'acquisition et la culture à des fins personnelles pour autant que le produit soit acheté auprès d'une officine publique ou soit le fruit d'une culture personnelle.

Il est donc proposé l'instauration au sein du Ministère de la Santé publique d'un Office fédéral du cannabis chargé de délivrer des autorisations légales de production, d'achat aux agriculteurs belges et de contrôler la qualité, la quantité et le prix des produits au niveau des producteurs et des officines décentralisées qui assureront la vente au détail. La Belgique répondrait ainsi aux exigences de la Convention unique qui prône l'instauration d'un "organisme national" là où la culture du cannabis est autorisée.

Il en va de même pour ce qui a trait aux futures modalités d'importation du cannabis. Les députés proposent aussi la dépénalisation de l'usage du cannabis en groupe familial ou amical pour autant qu'il soit dépourvu de toute forme de contrainte ou de vente.

La publicité pour le produit, la vente d'alcool dans les officines ou de toute autre drogue licite, la vente aux moins de 16 ans et à des personnes qui ne résident pas depuis six mois au moins en Belgique (pour lutter contre le narcotourisme) seraient interdites.

<sup>3</sup> Rapport disponible auprès du ministère de la Justice : 02 542 79 24.

## La prise de décision de l'autorité publique : vers une impasse?

L'idée prévalait, il y a quelque temps encore, qu'un bon directeur ou président d'une quelconque institution ne pouvait que prendre de bonnes décisions. La gestion était 'en bon père de famille', la confiance de la population aveugle.

Progressivement, les matières à gérer se sont complexifiées et pour s'assurer qu'il était toujours dans le bon, ce cher dirigeant a souhaité s'appuyer sur l'avis éclairé (que l'on qualifie souvent de scientifique) d'experts. Ce recours était garant d'une démarche interne d'assurance de qualité, mais a eu aussi parfois pour effet de servir d'alibi.

Aujourd'hui, le niveau d'éducation et de connaissance de la population a augmenté et, parallèlement, les connaissances sont de plus en plus complexes. Comment dès lors faire valoir dans ce contexte que l'avis des uns est meilleur que celui des autres? Le débat démocratique et participatif voudrait signifier que la connaissance se construit dans l'échange de points de vue, que chacun peut faire part de sa perception, que c'est par la participation de toutes les parties que la notion de qualité de vie évoluera.

En fait, que remarque-t-on? Quels sont les débats auxquels cette sacro-sainte population participe tant? Il est apparu depuis une petite trentaine d'années que les demandes de débat se sont essentiellement développées sur des sujets controversés.

Des sujets où ni décideurs, ni experts n'étaient en mesure de trancher soit parce que la connaissance scientifique en la matière n'était pas encore suffisante (OGM, cancer, sida) soit parce que la présence de lobbies trop puissants empêchait de faire évoluer le débat (nucléaire, technologie médicale). Toutes ces incertitudes ont poussé progressivement le citoyen à prendre part au processus informatif, à faire savoir ce qu'il en pensait (tracé TGV, extension d'un aéroport). Il définit sa place dans un nouveau jeu.

On pourrait penser que les décideurs politiques commencent à intégrer cette idée de participation puisqu'ils ont, depuis une vingtaine d'années, provoqué anticipativement des tables d'échanges, des lieux de dialogue afin d'amorcer, d'amoindrir l'impact d'une décision inadéquate. Sur certains points chauds, une négociation avec la population a été suggérée. La réaction de la population n'est plus crainte. C'est

l'échec a posteriori qu'il s'agit de contrôler avec les excédents budgétaires qui y sont liés. La résistance de la population à l'égard d'un grand chantier coûte cher à tout le monde. Autant tester la population préalablement. L'objectif du débat avec le ci-

des personnes impliquées dans la problématique. Etant donné son caractère non rationnel, les personnes interpellées doivent mettre en place un système d'information continue (ex: barrage hydro-électrique, déchets nucléaires, OGM). Ce n'est

*En 30 ans, on est passé de la certitude qu'une bonne science avec une bonne technique aboutissait nécessairement à la décision idéale au fait qu'à présent une multitude d'informations avec une panoplie de méthodes peut aboutir à une orientation momentanée. On nage en pleine incertitude.*

toyen vise dès lors à utiliser la participation pour valider un projet.

En fait, les acteurs de la société civile se sont structurés progressivement et les politiques les ont intégrés dans leur processus de décision. Cette évolution s'est faite en trois étapes:

- des années 50 aux années 70, la population a un droit à l'information. Il s'agit d'un droit d'accès aux documents administratifs. Les sujets le plus souvent demandés sont en rapport avec les archives de la seconde guerre mondiale et le nucléaire. L'information donnée est brève et ponctuelle. Il est supposé que c'est au citoyen de faire la démarche pour l'obtenir;

- durant les années 80, de plus en plus de gouvernements contraignent les entreprises, associations ou organismes qui génèrent un risque d'en avertir la population. Par exemple, les usines produisant de grandes quantités de déchets ou des communes de montagne possédant un relief propice aux avalanches sont tenues d'avertir les habitants avoisinants. Il y a une obligation de rendre publique cette information, de nouveau brève et ponctuelle. Peu de citoyens sont au courant des lieux publics où l'information se trouve;

- enfin, depuis le rapport Brundtland et plus symboliquement depuis la Conférence de Rio en 1992, la complexité du vivant gagne ses lettres de noblesse. Tant l'autorité publique que les experts doivent avoir recours à un tiers pour orienter une décision.

Quelle est la bonne information à récolter? Quelle est la synthèse qu'il faut en faire? Comment la faire transparaître? La recherche de la réalité se construit alors sur base de la confrontation de tous les avis

plus la production d'information qui fait l'objet d'un consensus mais la manière d'y parvenir (question de la représentativité des secteurs professionnels, par exemple).

En 30 ans, la connaissance s'est complexifiée, et la manière de prendre une décision a fait de même. On est passé de la certitude qu'une bonne science avec une bonne technique aboutissait nécessairement à la décision idéale au fait qu'à présent une multitude d'informations avec une panoplie de méthodes peut aboutir à une orientation momentanée. On nage en pleine incertitude.

### Un peu de méthode...

Toute information aujourd'hui est devenue une occasion de débat. Il s'agit de le développer dans le cadre d'une **méthode démocratique et participative**.

De nouvelles structures délibératives, où la participation du citoyen est un des aspects essentiels de la construction du débat, sont apparues dans les pays anglo-saxons au cours de ces quinze dernières années: les *Jurys citoyens* ou encore les *Ateliers scénarios*. Parmi les divers avantages de ce mouvement, épinglons que ces occasions de débattre permettent de quitter l'idée qu'une personne bien intentionnée a nécessairement la bonne solution. Il est demandé à l'ensemble de la société, par voie représentative de rendre un avis nuancé.

### La Conférence de consensus / Jury citoyens

En Europe, elle est initiée par le Danish Board of Technology (Danemark) et transposée en Allemagne, Pays-Bas et Angleterre. Elle est issue des Citizen Juries

aux USA<sup>4</sup>. Une douzaine de conférences ont été organisées depuis 1987. Exemples: le génie génétique en agriculture et dans les industries agro-alimentaires et pharmaceutiques, comment utiliser le génome humain, la pollution atmosphérique, les technologies éducationnelles, la stérilité, la thérapie génique, le télétravail, ... Plusieurs *Jurys citoyens* ont été organisés en 96 en Angleterre et en 97 en France.

**L'objectif** est de faire émettre par un panel de citoyens une opinion, ou un choix final, transparent et crédible, mettant en évidence le maximum de points d'accord (consensus) et les désaccords éventuels, dans un rapport final écrit et diffusé.

Les **moyens** comprennent: un panel de citoyens, le comité d'organisation, le chef de projet, l'animateur modérateur, les experts.

La **méthode**: 12 à 15 personnes, tirées au hasard sur la liste des citoyens inscrits sur l'entité ciblée ou appelées par voie de presse, se rencontrent durant 2 week-ends de travail. Elles sont mises au courant du problème et discutent les options envisageables. Elles confrontent publiquement et après coup leurs résultats.

Les caractéristiques d'une conférence de consensus sont:

- un niveau **d'information** préalable important et de bonne **qualité**;

- **du temps** pour un examen rigoureux de l'état des connaissances et des **points de vue divergents**;

- des moments de **délibération** nombreux;

- **l'indépendance**;

- une **légitimité** et une certaine **autorité**, vis-à-vis des décideurs.

### L'Atelier scénario

L'Atelier Scénario a été lancé par le Danish Board of Technology et soutenu dans le cadre du programme Value II de la DG XII de l'Union Européenne et testé notamment en Allemagne, France, Italie, Grèce, Espagne, Pays-Bas. Le CLPS de Verviers a travaillé cette méthodologie sur le thème de la personne âgée. L'Atelier scénario rejoint les priorités de l'Agenda 21 de la Conférence de Rio 92 sur le développement durable. Il vise à:

- créer des échanges de connaissances, d'opinions, d'idées au niveau local, entre élus, administrations, groupes d'intérêt privé, experts techniques et usagers;

- identifier et discuter les points d'accord et de divergence des différents groupes sur l'approche du problème et les solutions envisagées.

- faire naître un "nouveau savoir", permettant de formuler des besoins, partagés par tous et conduisant à un plan d'action admis par tous au niveau local, régional ou national.

- permettre, à partir de ces recommandations, d'engager, si besoin, un débat local plus large.

Un *Atelier scénario* est constitué de l'ensemble des représentants de la société (des groupes sociaux / de citoyens, les professionnels privés et publics, les experts locaux, le secteur administratif et politique). Chaque groupe est constitué de préférence de 6 personnes au moins.

Il s'appuie sur des problèmes et solutions pratiques de la vie quotidienne, il les traduit par de nouvelles idées et de nouveaux plans d'actions et favorise la participation active du public cible.

Un *Atelier scénario* permet de travailler sur le concret. Il faut répondre pour ce faire aux deux questions:

QUI est responsable de la solution aux problèmes relevés, les individus ou les pouvoirs locaux (la collectivité)?

COMMENT les caractéristiques de la société contemporaine peuvent-elles résoudre les problèmes soulevés, avec un changement par le progrès ou la conservation des acquis?

### Solutions individuelles

Conservation  
des acquis



Changement  
par le progrès

### Solutions collectives

Les participants imaginent alors au sein de chaque orientation et pour chaque thème, un ou plusieurs scénario(s). Chacun décrit une journée type de la vie d'une personne imaginaire en 2010 si rien ne changeait à partir d'aujourd'hui.

Chacun propose une réponse originale aux questions. Comment en est-on arrivé là? Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné? Qui a négligé de faire quoi? Quels ont été les principaux facteurs d'échec?

Au terme des sessions de travail, un document officiel avec recommandations est remis aux autorités locales.

### Une rationalité contre-technocratique

Ces modèles délibératifs permettent de mettre de côté la rationalité d'une seule personne. La construction de la décision publique fait l'objet d'une validation collective, ce que Pierre Lascoumes<sup>5</sup> appelle une *rationalité contre-technocratique*. Les décideurs sont ainsi contraints de mettre en place des procédures dans lesquelles ils n'ont plus le monopole de la décision. La participation est méthodologiquement définie et suscitée par l'autorité publique.

L'idée n'est pas de dénigrer la position occupée par les décideurs quels qu'ils soient. Je suis bien conscient que toujours, à un moment donné, **une** personne doit décider. Je souhaitais juste signifier au lecteur qu'il est important de mettre en place des lieux de débats, intégrant le décideur afin que ce dernier prenne conscience de la complexité des solutions. Ce sont ces débats délibératifs et participatifs qui contribuent au bien-être de chacun, à condition naturellement d'y prendre une part active.

De cette manière, la participation devient un concept structurant notre lien social et, de ce fait, elle devient source de bien-être. L'individu est impliqué dans son lieu de vie, puisqu'il ne s'agit plus de recevoir quelque chose, mais bien donner de soi.

Finalement, développer des approches participatives est bel et bien utile en terme de prévention pour autant qu'elles soient liées au dialogue et à la prise de décision.

Le terme santé ne tire-t-il pas d'ailleurs son origine d'expressions latines (salute, salud) où les notions d'échange et de dialogue étaient déjà liées au bien-être?

Qu'on se le dise...

**Xavier Lechien**, Agence de développement local, ville de Durbuy.  
Mél: adl@durbuy.be ■

<sup>4</sup> CROSBY N., *Creating an authentic voice of the people*, Jefferson Center, Minneapolis, MN, April 18-20 1996, Midwest Political Science Association, 37p.

<sup>5</sup> LASCOUMES P., "L'information, arcane politique du pouvoir" CNRS. Groupe d'Analyse des Pratiques Publiques. Rencontré par l'auteur lors d'une formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique à Paris en juin 1999: "Quelle place pour le débat public?" Fr. Schaezel.

Les auteurs situent tout d'abord la démarche de programmation participative dans le contexte du développement social local et de la santé communautaire en particulier. Puis ils expliquent en quoi consiste la Démarche de programmation participative et d'analyse causale (DPPAC) utilisée pour ce projet.

- BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y., et al., Santé communautaire et promotion de la santé: des concepts et une éthique, Santé Communauté Participation / Question Santé, Bruxelles, 1999
- BANTUELLE M., MOREL J., DARIO Y.,

et al., Santé communautaire et promotion de la santé: les acteurs et leurs pratiques, Santé Communauté Participation / Question Santé, Bruxelles, 1999

Ces deux premières brochures d'une collection qui en comptera normalement 6 établissent un cadre référentiel de base de la pratique communautaire en matière de santé.

- FIEVET S., CLIJSTERS A., Le partenariat: qui s'y perd, s'y trouve... Elaboration d'un partenariat en milieu urbain défavorisé à partir d'une expérience en éducation et promotion de la santé d'un servi-

ce social en Maison médicale, Bruxelles, Maison médicale Norman Bethune, 1999

C'est à travers une histoire de partenariat située dans un quartier populaire de Bruxelles que les projets d'éducation et de promotion de la santé des "auteurs" ont émergé et évolué. Elles partagent avec le lecteur le fruit de leur expérience et de leurs réflexions.

Les documents renseignés ici peuvent être consultés et empruntés (sur rendez-vous) au centre de documentation d'Infofor Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles, tél. 02 246 48 51. ■

## Initiatives

### Cannabis:

## vers une réouverture du débat politique?

Dans son accord gouvernemental intitulé "La voie vers le 21<sup>e</sup> siècle", la nouvelle majorité installée en juillet 1999 décidait que le gouvernement "soumettra au parlement, dans les six mois de son entrée en fonction, un rapport d'évaluation concernant la politique actuelle en matière de drogue. Il sera notamment précédé, dans le cadre de ce rapport, à une évaluation de la circulaire du précédent Ministre de la Justice relative aux drogues douces, du rapport du groupe de travail parlementaire sur la problématique de la drogue ainsi que des expériences acquises dans les autres pays". Sur base de ces rapports, le gouvernement élaborera "une politique cohérente en matière de drogues".

Ce n'était donc pas le cas auparavant?

### Les effets de la Directive De Clerck

Sans préjuger des futures décisions politiques, un changement notable s'est produit par rapport à la ligne de conduite des précédents gouvernements. Ainsi, en matière de cannabis, la dépénalisation n'est pas d'office exclue du débat. Et pour cause. Le CVP est maintenant dans l'opposition alors que sous le précédent gouvernement, ce parti avait fait retirer la dépénalisation des recommandations formulées par le groupe de travail parlementaire pour la remplacer par la formule pour le moins sibylline "la plus faible des priorités en matière de poursuites". Pour la petite histoire, c'est suite au refus du

gouvernement Dehaene d'ouvrir le débat sur la dépénalisation que le député Patrick Moriau (PS) allait contraindre le gouvernement à créer le "groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue", mis en place le 17 janvier 1996, dont les conclusions furent remises en juin 1997. Le rapport préconisait d'abord trois domaines: la prévention, l'assistance aux toxicomanes et la répression.

Comme de coutume, seul le volet répressif fut abordé, par l'entrée en vigueur de la Directive commune du Collège des procureurs généraux "relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites", le 8 mai 1998, dite Directive De Clerck (ministre de la Justice à l'époque).

L'évaluation de la politique menée actuellement en matière de drogues porte notamment sur cette directive. Cette tâche a été confiée au Service de la politique criminelle du ministère de la Justice<sup>1</sup>. Les conclusions de cette évaluation confirment les nombreuses critiques émises depuis son application tant du côté des acteurs du champ sociosanitaire que du côté des forces de l'ordre et de la Justice: l'objectif d'uniformisation des pratiques au sein des parquets est manqué car la directive permet des interprétations divergentes, sources d'arbitraire, et stimule le traitement différentiel des usagers de drogues par le système pénal. Si les pratiques divergent, les décisions convergent toujours vers les mesures les plus dures (poursuites), alors que la directi-

ve préconisait que la prison soit "l'ultimum remedium". La directive ne répond donc pas aux recommandations du groupe de travail parlementaire qui précisait que "l'intervention répressive à l'égard du toxicomane ne se justifie que si, en outre, l'intéressé a commis des infractions qui perturbent l'ordre social et justifient une réaction de la part de la société... En dehors de certains risques spécifiques, tels que l'usage de drogue associé à la conduite automobile, la toxicomanie ne constitue pas en soi un motif justifiant une intervention répressive<sup>2</sup>".

L'évaluation relève aussi la place importante accordée par les parquets aux facteurs personnels et situationnels. Ces facteurs accentuent le risque d'escalade et les mesures les plus dures se verront imposées aux consommateurs les plus marginalisés (appréciations négatives rendues en matière d'intégration socio-économique, par exemple). Ici encore on peut constater que les recommandations du groupe parlementaire à l'égard du cannabis sont loin d'avoir été rencontrées.

L'évaluation du rapport du groupe parlementaire a été confiée aux professeurs Brice De Ruyver de l'Université de Gent (UG) et Jo Casselman de l'Université de Leuven (KUL).

<sup>1</sup> Service de la politique criminelle, téléphone: 02 542 74 22.

<sup>2</sup> Minne Maurice et Vandeurzen Jo, Rapport fait au nom du groupe de travail chargé d'étudier la problématique de la drogue, adopté lors de la session ordinaire du 5 juin 1997 de la Chambre des Représentants (doc. Chambre n° 1062/1 à 3 - 96/97).

- ne pas étiqueter les habitants, ne pas leur coller sur le dos une image réductrice;
- reconnaître leurs compétences, leurs savoir-faire;
- communiquer (parler, écouter, négocier, dire pourquoi telle chose n'est pas possible...);
- apporter son savoir-faire et ses connaissances;
- apporter une distance, un recul.

Alors, tout serait-il pour le mieux dans le meilleur des mondes communautaires?

Non, rassurez-vous! L'action communautaire, ce n'est pas la panacée: ça échoue aussi, on se fatigue aussi. **Yves Buisson** (Mission Saturnisme, Mairie de Montreuil) a pointé les obstacles rencontrés dans un poste précédent. Les oppositions terrain/hierarchie ne sont pas toujours négociables.

Des pressions peuvent entraîner la fin de l'action et même l'éviction de celui qui a transgressé les limites institutionnelles et s'est trop "avancé à découvert". Il y a parfois des blocages insurmontables dans les institutions: refus de reconnaître leur impuissance et surtout leur incompétence; refus d'être remises en question par des professionnels et plus encore par des profanes; peur de voir les profanes se mobiliser.

En outre (comme nous le savons bien en Belgique aussi), à certains endroits, la concurrence entre institutions est telle qu'elles "se tirent dans les pattes" et que la marge de manoeuvre est très réduite. D'une manière générale, les professionnels présents ont souligné les contraintes institutionnelles qui pèsent sur eux. Ils se sentent souvent pris entre le marteau et

l'enclume: contraintes de temps, routines institutionnelles, obligation de résultats mesurés selon des procédures et des normes inadéquates par rapport aux réalités sur le terrain. Souvent, dit **Marie-Pierre Lefèvre** (association J. S. Koenigshoffen, Strasbourg), les financeurs veulent des résultats tout de suite, et les veulent selon des indicateurs pertinents de leur point de vue mais inaptes à rendre compte des actions communautaires.

### Et du côté des habitants?

A Créteil, les membres de Santé Citoyenneté ont décidé de garder la plus grande marge de manoeuvre possible. J'ai noté deux phrases au vol: "prendre la liberté de ne devoir rendre compte à personne"; "s'autoriser à respecter son rythme"...

Mais, bien entendu, cela demande beaucoup d'énergie et de temps pris sur les loisirs et les jours de congé. D'où l'idée qu'il sera peut-être nécessaire, à terme, que le travail réalisé bénévolement par les habitants fasse l'objet d'une reconnaissance publique. Car il n'y a pas de relève parmi les habitants qui portent les projets et, au bout d'un moment, cela devient une véritable fonction. On voit donc bien que la question de l'institutionnalisation ne peut être complètement repoussée.

En conclusion, je voudrais simplement reprendre sous une forme brève quelques principes fondamentaux. Car une autre conviction que j'ai ramenée de Grande-Synthe, c'est que l'action communautaire demande sans doute d'imaginer des outils méthodologiques spécifiques, mais surtout - sous peine de faire tout autre chose que ce que l'on prétend faire - de garder le cap par rapport à quelques lignes de force.

- *Créer du lien, échanger, donner la parole, écouter.* Il s'agit moins de se dire "on va travailler sur tel thème de santé" que de répondre à un besoin de lieux de parole et d'échanges.

- *Compter sur les ressources, les désirs, les curiosités.* Susciter le mouvement et l'appuyer, non le contrôler: "il s'agit de construire des situations, pas d'agir sur les gens" (**Claire Heber-Suffrin**).

- *On avance pas à pas:* pas de planification prémâchée. On se sait pas ce qui va surgir, ça se construit par étapes. On connaît son point de départ et on sait où on veut arriver, mais entre ces deux points il faut laisser les choses se faire. Et savoir saisir les occasions.

- *La tension ordre/désordre est très difficile à équilibrer.* La logique d'ordre (de structuration) peut aboutir à la normalisation, la standardisation, l'institutionnalisation; la logique de désordre (de créativité, d'innovation) peut déboucher sur l'inefficacité, l'incohérence, l'épuisement. Mais cette tension est aussi nécessaire pour que le projet reste vivant.

- Et surtout: s'il n'y a pas d'habitants, d'usagers, de citoyens au coeur même de l'action, n'appelons pas ça "communautaire".

Pour terminer, que serait un article sérieux sans référence bibliographique? En voici une: *Paroles d'habitants des quartiers oubliés* (1999), éd. MDSL et Le Temps des Cerises, diff. Chronique Sociale (Lyon). Des textes forts et un beau travail graphique (Faïch Langoët).

**Alain Cherbonnier**, Service communautaire de promotion de la santé chargé de la communication, géré par l'asbl Question Santé ■

## Quelques références...

- **JOUBERT M., BERTOLOTTI F., BOUHNİK P.**, Quartier, démocratie et santé, Paris, Ed. L'Harmattan, 1993, (Logiques sociales)

Synthèse des principaux résultats d'une démarche de recherche qui s'est étroitement articulée à un processus de travail communautaire engagé pendant plus de cinq ans.

- La santé communautaire, Service social dans le monde, Mons, Les politiques sociales, n° 1-2, 1997

La première partie de ce numéro spécial de la revue "Les politiques sociales" 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.

- Action sociale et action communautaire, CRIDIS, 1998, (Cahier pédagogique; n° 3)

Ce cahier aborde l'action communautaire par plusieurs portes d'entrée: les méthodes d'action, la réflexion théorique et historique et un inventaire des secteurs concernés.

- **CHERBONNIER A.**, Promouvoir la santé dans la ville. Réflexions autour de la concertation, la participation, l'évalua-

tion dans le cadre du concept "Villes-Santé", Question Santé / Cocof, Bruxelles Santé, n° spécial, 1998

Ce document s'interroge sur le lien entre ville et santé, présente le projet Villes-Santé de l'OMS, puis creuse les deux axes principaux du projet, l'action intersectorielle et la participation de la population.

- Introduction à une démarche de programmation participative d'actions de santé. Illustration à l'échelle d'un quartier de Pierre-Bénite, Lyon, Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, 1998

## Vers une communauté sûre à Fontaine-L'Évêque

Par décision du Conseil communal du 8 juin 2000, la Ville de Fontaine-L'Évêque a décidé d'adhérer aux principes de la "safe community" et s'inscrit dès lors comme ville pilote dans cette approche communautaire de la prévention des accidents chez l'enfant, l'adolescent et la personne âgée.

Le 13 septembre, la commune de Fontaine-L'Évêque et son bourgmestre **Monsieur Rovillard** lançaient officiellement le programme en conviant la presse ainsi que des représentants de la communauté locale, professionnels et habitants. Ce programme s'inspire d'un concept (voir encadré) qui est déjà mis en place dans plusieurs villes européennes. L'adjointe au maire de la ville de Boulogne-Billancourt, **Madame Bruneau**, était d'ailleurs présente à la conférence de presse, pour témoigner de l'expérience menée dans sa municipalité depuis 1998.

A Fontaine-L'Évêque, le programme sera piloté par une Commission de prévention pour une période d'au moins 4 ans avec l'appui méthodologique et scientifique de l'asbl Educa-Santé et de l'Université libre de Bruxelles. Son objectif est ambitieux puisqu'il s'agit de réduire de manière significative la gravité et le nombre d'accidents touchant les habitants de Fontaine-L'Évêque.

### Des conditions à remplir

**Martine Bantuelle**, directrice de l'asbl Educa-Santé a insisté sur quatre conditions essentielles qui doivent être remplies pour atteindre les objectifs:

- tout d'abord, ce projet doit être le projet de la communauté elle-même, dans sa totalité et pas celui d'un groupe isolé ou spécifique. Pour cela, l'engagement de la Ville et de ses représentants mandatés est indispensable;

- la deuxième condition est la mobilisation des partenaires. Dans le domaine des accidents, les solutions efficaces pour la prévention font appel à des compétences extérieures au domaine de la santé. La mise en commun de l'ensemble des compétences de la commune est un atout essentiel;

- la troisième condition est l'adhésion de la population à l'objectif et sa volonté d'y

### Le concept de 'safe community'

Il a été développé par l'équipe du Département de santé publique du Karolinska Institutet de Stockholm (Suède). Ce type d'action communautaire se caractérise par une série de conditions théoriques:

1. Le programme est mené par une communauté regroupant des membres de niveau (individu, institution,...) et de secteurs (santé, éducation, politique,...) différents qui s'unissent autour d'un objectif commun. Dans ce cadre, le rôle de chaque partenaire au sein du projet est fonction de ses compétences.

2. Le programme couvre tous les âges et tous les environnements. Le but de la sensibilisation menée est de renforcer les capacités des individus, d'une part, à identifier les situations à risque et les moyens nécessaires à les maîtriser et, d'autre

part, à intégrer la dimension "sécurité" dans leurs prises de décision dans leur milieu de vie.

3. Le programme privilégie les groupes et les environnements à risque. Ainsi, priorité est donnée aux accidents les plus graves et aux populations les plus concernées qui sont aussi les moins tou-

chées par les messages de prévention.

4. Le programme se base sur une connaissance préalable de la situation locale (fréquences, causes et circonstances de survenue des accidents) et sur la mise en place d'un recueil permanent et d'un système de surveillance. Enfin, une évaluation doit être prévue.

5. Le programme s'étend sur une longue période. Les engagements de la communauté et des moyens sont prévus pour une durée de 5 à 10 ans.

6. La communauté impliquée dans le programme doit entreprendre certaines démarches: utiliser des indicateurs ap-



L'insécurité routière, priorité fondamentale

propriés pour évaluer la qualité du programme et de ses résultats; collaborer avec les principales associations et organisations et susciter leur participation; persuader les structures

d'accès aux soins de l'intérêt de recueillir des données et de participer; sensibiliser toutes les couches de la population, faire partager son expérience à d'autres villes ou régions et s'intégrer dans le réseau international des villes ayant mis en place ce type de programme.

participer activement. Une information permanente de la population par des campagnes et grâce au travail quotidien des professionnels développera l'intérêt et la participation des habitants;

- la dernière condition est la capacité à mettre en place et développer des actions concrètes avec l'appui des intervenants de proximité (enseignants, professionnels de la petite enfance, associations du 3e âge, médecins généralistes,...).

Ceux-ci en effet connaissent bien le problème et bien sûr les publics avec lesquels ils travaillent au quotidien.

### Des étapes à franchir

Ce programme comporte plusieurs phases. Tout d'abord, il est nécessaire d'avoir

1 Cette ville de quelque 17.000 habitants, située dans le Hainaut, compte 3056 enfants de 0 à 15 ans et 2984 personnes âgées de plus de 65 ans.

une parfaite connaissance des profils des accidents de la commune et des circonstances de survenue. A cet effet, un recueil des accidents sera mis en place.

Afin d'en tester la faisabilité, durant la première année le recueil se limitera aux accidents d'enfants, ensuite il s'élargira aux accidents des personnes âgées pour enfin s'étendre à toute la population. Des collaborations doivent s'établir avec les professionnels de santé et les institutions de soins de la commune et de la région.

Ensuite, les données recueillies seront analysées dans le but d'informer la communauté et de définir des priorités d'actions de prévention.

Enfin, un système de surveillance sera mis en place afin de contrôler et évaluer les effets du travail effectué.

### Une dynamique à soutenir

Ce qui apparaissait d'emblée lors de la conférence de presse, c'était l'intérêt des habitants, des membres de la communauté. Une directrice d'école soucieuse de la sécurité des enfants dont elle avait la responsabilité, demandait que l'on s'attarde sur la question des aménagements et comportements "sûrs" bien évidemment, mais aussi qu'on explique clairement les choses à ne pas faire! Une personne âgée quant à elle voulait en toute logique que la sécurité des piétons et des enfants dans son quartier soit améliorée,...

Avec le lancement de ce processus, les membres de la communauté sont sollicités et leurs attentes vis-à-vis des élus, des responsables du projet sont mobilisées.

Le défi, me semble-t-il, sera de permettre

aux membres de la communauté d'exprimer leurs préoccupations et de percevoir la prise en compte de celles-ci par les responsables communaux. Cette participation ne devrait pas s'arrêter à une sorte de consommation de ce que les responsables peuvent offrir mais devrait aboutir à un réel partenariat, chacun ayant une part de responsabilité et de pouvoir dans le processus. Un beau défi pour les promoteurs du projet, mais aussi une démarche complexe, nécessitant de tenir compte des besoins, des contraintes et réalités organisationnelles et institutionnelles.

B.T.

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Françoise Marion, Ville de Fontaine-L'Evêque, au 071 54 81 91 ou Martine Bantuelle, Educa-Santé, au 071 30 14 48. ■

## Week-end à Grande-Synthe

Les 12 et 13 mai derniers, l'Institut Théophraste Renaudot organisait à Grande-Synthe (banlieue de Dunkerque) le premier colloque "Croisement des pratiques communautaires autour de la santé". Je ne prétends pas vous en faire le compte rendu, mais plutôt mettre en exergue les points qui m'ont paru les plus intéressants.

### Plantons le décor

Tout d'abord, deux mots d'explication sur les organisateurs. Théophraste Renaudot, nous rappelle Marc Schoene, n'a pas seulement créé la presse écrite en fondant *La Gazette* il y a quatre siècles: médecin de Louis XIII, il a aussi ouvert le premier centre de soins pour indigents. Voilà donc le lien avec la santé! L'Institut Renaudot, qui réunit des associations et des professionnels, a établi une Charte de la santé communautaire inspirée des expériences françaises mais aussi québécoises et belges!

Quant au lieu choisi pour ce colloque, il était très symbolique. Comme nous l'a exposé M. le Maire dans un discours bref et aussi peu langue-de-bois que possible, toute la problématique santé à Grande-Synthe est liée à un contexte d'industrialisation et d'urbanisation explosives: ce village de quelques milliers d'habitants, au début des années 60, devient très rapidement, avec l'implantation de la sidérurgie,

une agglomération de 25.000 personnes, dont 11.000 sont salariées par une même entreprise. La population comprend de nombreux immigrés, venus principalement du Maghreb. Le logement social représente 60% des habitations (la moyenne nationale est de 20%).

A la fin des années 70, la récession entraîne un chômage élevé. Par la suite, Grande-Synthe bénéficie des dispositifs de Développement Social de Quartier (DSQ) et de Développement Social Urbain (DSU). Le Centre de promotion de la santé, géré par une association où siègent une pluralité d'acteurs locaux, a vingt ans aujourd'hui. Des partenariats entre élus, habitants et professionnels se sont développés dans divers secteurs de l'action publique.

### La santé communautaire

Le décor est donc planté. Des exposés du vendredi matin, je retiens essentiellement les questionnements du concept de "santé communautaire". Marc Schoene dira que, malgré les efforts qui ont été faits pour mieux le définir, le flou, les doutes, les ambiguïtés persistent, comme si ce concept devait être reconstruit à chaque expérience.

Pour expliquer cela, il émet quelques hypothèses: d'abord, les stratégies communautaires restent peu développées en France; ensuite, on ne dispose guère d'évaluations de ces pratiques; enfin, le terme,

employé à tort et à travers, finit par désigner des réalités très différentes voire opposées. Le lendemain, Claire Heber-Suffrin (Mouvement des réseaux d'échanges de savoirs) dira plus nettement encore qu'il vaudrait mieux respecter les mots que l'on emploie et, par exemple, ne plus baptiser "réseau" quelque chose de fermé, de très institutionnalisé.

Marie-Renée Bourget-Daïtch (Mouvement pour un développement social local) s'interroge elle aussi sur le sens du mot "communautaire": que fait-on quand on dit agir dans ce sens? Reprenant une phrase de notre compatriote Christian Legrève (Fédération des maisons médicales), elle dira que la santé communautaire, "c'est d'abord faire avec ce qui est là".

Il s'agit pour elle de construire un contexte de réseau ouvert, qui permette:

- l'échange, la communication (la "conversation", selon ses termes);
- l'élaboration d'une vision du monde partagée;
- le passage à un travail commun, qui englobe un processus de transformation.

1 A ce propos, il semble que nos amis français - du moins dans le Nord - nous considèrent, nous autres Belges, comme des experts dans le domaine de la santé communautaire! Ça fait du bien à notre ego collectif, mais c'est trop d'honneur: nous avons autant à apprendre des expériences françaises qu'eux des nôtres.

2 Dont le sens de l'humour a été particulièrement apprécié (et applaudi) par le public.

Cette construction est informelle; ce n'est pas une procédure mais un processus, qui consiste à se poser sans cesse, ensemble, des questions. Les réponses doivent se forger avec l'Autre, avec d'autres. La "philosophie" de ce processus, c'est d'être attentif à ce que les habitants restent au centre des projets et du travail communautaire.

Peut-être cela vous semble-t-il trop abstrait ou trop général. Pourtant, les travaux de l'atelier auquel j'ai participé, le vendredi après-midi et le samedi matin, ont montré que les mêmes questions se posaient - certes selon des points de vue et en des termes différents - à tous les promoteurs de projets d'action communautaire, qu'ils soient professionnels ou profanes, qu'ils travaillent au sein d'institutions publiques, de petits services médico-sociaux ou d'associations d'habitants.

Je pourrais écrire des pages entières sur ces questions, mais (a) le rédacteur en chef me regarderait d'un oeil noir et procéderait à d'impitoyables coupures, (b) une publication de l'Institut Renaudot va suivre, et (c) mes notes sont disponibles pour les lecteurs intéressés!

Je préfère vous faire part des convictions que j'ai ramenées de Grande-Synthe. Des convictions? Eh oui. Comme quoi certains colloques mènent à tout: à des échanges et des rencontres, au plaisir de se retrouver avec des gens qui partagent les mêmes options et les mêmes valeurs que soi, mais aussi à une réelle stimulation intellectuelle, et même à des découvertes!

Car je dois dire que "la santé communautaire", quand j'ai commencé à m'y intéresser, il y a deux ans, ça ne me paraissait pas très clair. Le terme, déjà: "état de santé de la communauté"? En fait, comme le titre du colloque l'indiquait d'ailleurs, il serait plus simple et plus cohérent de parler d'action communautaire (en santé).

Mais qui dit communautaire dit communauté, et qu'est-ce que c'est qu'une communauté? D'abord, ce n'est pas LA population. Comme l'a dit quelqu'un dans cet atelier, l'action communautaire n'implique pas nécessairement (et même rarement) la population: ce sont DES citoyens qui se mobilisent, éventuellement à petite échelle et pour un temps limité. Quelqu'un d'autre opposait même santé publique et santé communautaire:

• la première vient d'en haut, il y a un cadre réglementaire, c'est professionnalisé, standardisé, mesuré, budgétisé...

• la seconde vient de la base, c'est souvent petit, peu visible, ça n'implique parfois que quelques personnes, c'est pragmatique et informel.

Ensuite, l'action communautaire, ce n'est pas un dispositif mis en place par des professionnels mandatés (de type DSQ, p. ex.). M. Albert, de l'association Les copains de Jérémie (Dunkerque), dira que le communautaire c'est "on s'occupe nous-mêmes de nous, on cesse de s'en remettre uniquement aux politiques et aux professionnels".

Evidemment, ce type de définition peut jeter un froid dans un auditoire (ou un lectorat) convaincu des bienfaits de la Professionnalisation et nourri au lait de la Santé Publique sous l'égide de l'Université. Mais moi - qui réponds par ailleurs à ces deux

### A partir du moment où il y a de la place, les habitants sont capables de la prendre.

caractéristiques -, ça m'a fait du bien. J'avais beaucoup lu ou entendu des professionnels se plaindre de l'introuvable Communauté et de l'impossible Participation de la Population... oubliant peut-être qu'une des conditions de la participation des professionnels à l'action communautaire est un repositionnement de ces mêmes professionnels par rapport aux habitants. Repositionnement et non pas renoncement: il ne s'agit pas de renier son savoir ni ses compétences, mais de se resituer comme "ailier", en soutien des habitants.

Pour Philippe Kaufert (association Pause, Evry), la santé communautaire c'est un engagement, un choix politique - ou éthique - qui repose sur une conviction: les gens ont des ressources, des savoir-faire. La connaissance et la reconnaissance des ressources de la communauté est un préalable indispensable. Pourtant, dira quelqu'un, "ça met un temps fou" avant que les savoir-faire communautaires soient reconnus par les savoirs professionnels, et plus encore par les pouvoirs institutionnels!

### Une relation égalitaire

On me dira: "vous rêvez, les gens sont passifs, ils ne sont pas demandeurs d'action collective, ils attendent qu'on leur donne la becquée". Et c'est aussi ce que, sceptique de tempérament et dubitatif par méthode, je croyais plus ou moins. Mais la chance

m'a fait atterrir dans un atelier où une minorité extrêmement dynamique de militants associatifs (on peut oser l'expression, même si ce n'est pas eux - surtout elles, en l'occurrence! - qui l'ont employée) démontrait le contraire. Une des conclusions de cet atelier fut cette simple phrase: à partir du moment où il y a de la place, les habitants sont capables de la prendre. Encore faut-il que les professionnels et les institutions ne balisent pas préalablement tout le terrain!

Comme d'habitude dans ce genre de débat, la relation professionnels-habitants, thème sensible, a été largement évoquée. Mais la combativité des associations d'habitantes (Santé Citoyenneté, Créteil) a plutôt reçu bon accueil chez les professionnels présents. L'animateur du samedi matin, Christophe Jibard (Mouvement

pour un développement social local), s'écria même, en souriant d'une oreille à l'autre: "Mais alors, vous n'avez pas besoin de nous!".

J'ai fait une petite synthèse des échanges sur cette fameuse relation habitants-professionnels. Je vous la livre. Du point de vue des habitants, cette relation signifierait:

- être écoutés et entendus;
- obtenir et échanger des informations (sur les ressources disponibles, p. ex.);
- être aidés pour monter un projet car, à certains moments et pour atteindre certains buts, l'aide des professionnels est nécessaire (ce qui est différent du discours fréquemment tenu par les politiques: "on souhaite que vous vous entouriez de professionnels");
- obtenir l'appui de gens moins vulnérables qu'eux aux pressions des institutions et des pouvoirs publics, et payés pour faire ça sur leur temps de travail.

Et du point de vue des professionnels, il s'agirait de:

3 Question Santé asbl, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 41 74. Fax: 02 512 54 36.

4 Et je ne pense pas du tout que ce soit par hasard qu'il s'agisse de femmes, et de femmes d'origine immigrée. Salut en passant à Yamina, Aïcha, Pauline, Mme M'Ba, et à Toufik, travailleur social.