

Douleur

Mont-Ste-Aldegonde

5 juin 1996

Rencontre sur le thème "La clinique de la douleur - traitement", animée par l'équipe du C.H.U. de Tivoli.

Organisation: Comité local des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. 064/27.94.14.

Lieu: Préau de l'Ecole Communale, rue de Namur, 7141 Mont-Ste-Aldegonde (18h30).

Femme

Bruxelles

6 et 8 juin 1996

• Conférence "Le sein, nourrice de l'imaginaire": le langage des seins, le rituel des Amazones, le sein et les médias,...

Lieu: SAS Hôtel, rue Fossé-aux-Loups 47, 1000 Bruxelles (le jeudi 6 juin à 20h30). Entrée gratuite, réservation indispensable.

• Symposium médical "Le sein et ses pathologies".

Lieu: EHSAL, rue d'Assaut 6, 1000 Bruxelles (le samedi 8 juin de 8h30 à 14 heures).

Organisateur: Clinique Générale Saint-Jean, rue du Marais 104, 1000 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions: tél. 02/221.97.60, fax 02/219.14.92.

Petite enfance

Liège

10, 17 et 24 juin

Sensibilisation-formation à l'accueil de la petite enfance, module "Eveil sensoriel du tout-petit".

Public-cible: parents et futurs parents, collaborateurs du service Petite Enfance, bénévoles des consultations de nourrissons, professionnels des milieux collectifs d'accueil de la petite enfance.

Lieu: Centre de Planning familial FPS, rue des Carmes 17, 4000 Liège.

Inscriptions: affilié FMSS-FPS 750 francs, autres 950 francs.

Organisateur: service Petite enfance F.P.S., Famille et Culture ASBL, rue Magis 16, 4020 Liège, tél. 041/42.73.13.

Femme

Morlanwelz

12 juin 1996

Rencontre sur le thème "Le bien-être des femmes": puberté, contraception, sexualité, grossesse, ménopause.

Organisation: Comité local des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. 064/27.94.14.

Lieu: Salle des Mariages, hôtel de ville de Morlanwelz (20h).

Médicament

Feluy

25 juin 1996

Rencontre sur le thème "Les médicaments génériques, médicaments à moindre coût".

Organisation: Comité local des Femmes Prévoyantes Socialistes du Centre et de Soignies, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre, tél. 064/27.94.14.

Lieu: Maison de Quartier, Grand Rue de Feluy 36, 7181 Feluy (à 14 heures).

Emploi - demandes

• Sociologue, agrégée de l'enseignement secondaire supérieur pour les sciences sociales et politiques; "relations humaines, sérieux, gestion du stress, envie d'apprendre et moyens d'y parvenir vous caractérisent. Moi aussi. Rencontrons-nous au plus vite". Florence Noël, rue A. Detienne 4, 1030 Bruxelles, tél. 02/245.33.47.

• Licenciée en arts et sciences de la communication (section anthropologie culturelle), formation en communication pour la santé au CERES, souhaite travailler dans le secteur de l'éducation pour la santé, que ce soit pour la rédaction d'articles, la réalisation d'outils pédagogiques, la création de documentation ou encore l'animation sur le terrain. Caterina Gabutti, rue Bois l'Évêque 122, 4000 Liège, tél. 041/54.15.12.

• Licenciée en communications sociales appliquées, section Education permanente et animation socio-culturelle, recherche un emploi dans le domaine de l'éducation pour la santé. Caroline Servais, rue Luther 11, 1000 Bruxelles, tél. 02/736.79.07.

Divers

Changement de numéros de téléphone et de fax pour la Commission Locale de Coordination de Namur: tél. 081/72.37.80 (B. Reginster) et 081/72.37.82 (N. Loutz), fax 081/72.37.53.

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Jean-Benoît Dufour, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.000 exemplaires.

Diffusion: 1.800 exemplaires.

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

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Education

SANTÉ

JUIN 1996

108

Stratégie

Les programmes subventionnés en 1995
p. 2

Réflexions

Les pratiques curatives dans le champ des toxicomanies par Nadia Panunzi-Roger et Pascale Jamouille
p. 10

Locale

Synergies locales par Véronique Malfrère
p. 13

Initiatives

Commission médicaments à Mouscron
p. 14

Vu pour vous

Le 2^e Festival du Film Médical et de Santé de Liège par Christian De Bock
p. 26

Supplément

Santé à bonne école n°6 par Question Santé



Photo: D. Casimiro/Explora

La prévention par le changement émergent

p. 3



Programmes subventionnés en 1995

Comme chaque année, nous vous proposons ci-dessous la liste des programmes subventionnés par la Communauté française de Belgique l'année précédente (article budgétaire 33.03.21). Cette liste ne donne évidemment pas une image complète des montants que la Communauté investit en matière de santé. Nous espérons pouvoir vous en dire plus prochainement, ce qui vous permettra de mieux estimer la part du budget global qui revient à la promotion de la santé.

Les données ci-dessous nous ont été communiquées par l'Administration du Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique et par la Cellule Permanente Education pour la Santé.

Nous avons repris pour chaque programme le nom et l'adresse du promoteur, une brève présentation du sujet, le montant attribué, et la référence à une éventuelle présentation dans nos colonnes.

15 millions pour 10 programmes

La tendance observée ces dernières années, à savoir que les services agréés (services aux éducateurs et coordination) mobilisent une part de plus en plus importante des ressources, s'est confirmée en 1995. Sur 103.042.024 FB, seulement 15.409.145 sont allés à 10 programmes. Et encore, parmi ces 10 programmes, il n'y en a que quatre qui sont de véritables nouveautés.

Le manque de programmes est tel que le budget pourtant limité n'a pas été entièrement dépensé.

Il faut noter aussi que tous les programmes ayant obtenu un avis favorable de l'Administration et de la Cellule Permanente ont été subventionnés.

Voici le détail des services et projets subsidiés.

Services agréés

Services aux éducateurs	60.106.968
Centre de Coordination Communautaire	5.505.181
Commissions Locales de Coordination	22.020.730

Projets

Formation en éducation sexuelle et affective

Promoteur: Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle asbl, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles. Contact: Alain Cherbonnier, au 02/502.68.00 ou 502.64.90.

Montant: 500.000 FB.

Arts d'Ecole

La création artistique et pédagogique au service de la promotion de la santé nutritionnelle, un projet-pilote en réseau sur le territoire d'une commune urbaine.

Promoteur: Mission Locale Jeunes de Saint-Gilles, chée de Waterloo 255/1, 1060 Bruxelles. Contact: Cristine Delliens, au 02/348.55.54.

Montant: 3.000.000 FB.

Parution dans Education Santé: 'Arts d'Ecoles'... ou l'Art pour réussir autrement, par Cristine Delliens et Anne Mortiaux, n° 107, mai 1996, pp. 13 à 19.

Recherche en éducation et promotion de la santé en milieu institutionnel

Une contribution à la compréhension du processus de changement en éducation et promotion de la santé: pour une plus grande efficacité des interventions.

Promoteur: RESO UCL, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles. Contact: Claude Renard, au 02/764.50.72.

Montant: 600.000 FB.

Carolo Cardio Santé

Programme communautaire de promotion de la santé cardio-vasculaire, troisième phase d'un projet étendu sur cinq ans.

Promoteur: Carolo Cardio Santé, Espace Santé, Bd Zoé Drion 1, 6000 Charleroi. Contact: Dr Fanny Hoeffelman, au 071/28.44.83.

Montant: 2.300.000 FB.

Promocentre

Programme de recherche-action en santé du coeur.

Promoteur: Hainaut-Santé asbl, rue St-Antoine 1, 7021 Havré. Contact: Dr Luc Berghmans, au 065/87.27.00.

Montant: 2.000.000 FB.

Ecoles en Santé

Animation du Réseau Européen d'Ecoles en Santé (Belgique francophone), troisième phase du projet.

Promoteur: Croix-Rouge de Belgique, Place Brugmann 29, 1060 Bruxelles. Contacts: Viviane Delegher et André Lufin, au 02/346.02.37.

Montant: 2.000.000 FB.

Parutions dans Education Santé: Les voyages du Réseau Européen d'Ecoles en Santé, par E. Micha, A. Lufin, C. Nadin, n° 98, pp. 8 à 10. Les écoles francophones du Réseau Européen, par Guy Delobel, n° 101, pp. 11 et 12.

Observatoire communautaire de Cureghem

Création d'un Observatoire de Santé communautaire dans un quartier défavorisé d'Anderlecht (2e phase).

Promoteur: EDECO asbl, rue de la Madeleine 57, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/525.00.28. Contact: Thierry Lahaye.

Montant: 1.729.145 FB.

Equilibre de vie

Suite d'un projet relatif à la santé nutritionnelle.

Promoteur: Maison Médicale des Marolles, rue Blaes 128, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/511.31.54. Contact: Béatrice Attout.

Montant: 800.000 FB.

Atelier cuisine

Développement d'un programme de formation favorisant une démarche d'insertion sociale et sanitaire.

Promoteurs: Service Education Santé de Huy et APES. Contact: S.E.S. Huy, chée de Waremmes 139, 4500 Huy. Tél.: 085/21.25.76.

Montant: 400.000 FB.

Agir ensemble en prévention

Troisième phase d'un programme d'action sur le thème de l'éducation à la prévention, dont l'ambition est que les professionnels de santé et les populations desservies réalisent ensemble des interventions de prévention et d'éducation pour la santé.

Promoteur: Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophone, chée de Waterloo 255/2, 1060 Bruxelles. Tél.: 02/534.44.46.

Contact: Yves Gosselain.

Montant: 2.000.080 FB.

Les accidents du feu des enfants grands brûlés, de J.C. Guery, Concept Image (Belgique, 1993, 19'40")

Résumé: ce film de prévention montre les conséquences tant physiques que psychologiques d'un accident du feu chez de jeunes enfants. Basé sur l'histoire réelle et les témoignages émouvants de deux enfants, le film aborde successivement: l'accident, les premiers soins, le long traitement des brûlures (opération, greffe, etc.), les séquelles physiques et psychologiques, l'importance de l'encadrement social et familial, la lourdeur du regard des autres, les aspects financiers du traitement et la lente réinsertion sociale.

Il passe aussi en revue les risques d'accidents domestiques et donne quelques conseils de prévention / premiers gestes - soins.

Eau de vie, eau de mort, M.C. Hurard, Mille Images (France, 1995, 16'25")

Résumé: ce film est construit autour de sept témoignages de personnes ayant vécu des problèmes avec l'alcool. Il montre bien, par l'interaction de ces témoignages, les chemins qui mènent à l'alcool (convivialité, effet euphorisant, plaisir, réponse à la déprime, au stress, à l'anxiété, réponse aussi à la dépendance physique et psychique).

Oser la "trachéo", Association Française contre les Myopathies, Starfilm (France, 1995, 31'35")

Résumé: pour les malades souffrant d'insuffisance respiratoire, le recours à la trachéotomie se révèle parfois indispensable; tous les aspects de cette intervention sont clairement explicités: le choix de la technique après information du patient et de sa famille, l'éducation aux soins à domicile, l'importance du soutien familial et social, l'organisation de la vie familiale, les nouvelles contraintes.

Le palmarès

Il reste encore 4 films à vous présenter.

Prix de la Communauté française de Belgique

N'y pense même pas!, A. Bertin, P. Jourdain, OMJC Villeneuve d'Ascq (France, 1995, 24'07")

Résumé: film-témoignage sur la toxicomanie, réalisé par les jeunes eux-

mêmes à la suite du décès d'un de leurs amis. Les différents moments de la toxicomanie sont abordés avec beaucoup de franchise et de sincérité par d'anciens toxicomanes ou d'autres en cure. Ce film délivre un message positif, un message d'espoir: il est possible de s'en sortir. Il montre aussi toutes les difficultés que cela comporte.

Prix de la Ville de Liège

Il faut parler... savoir, Dr A. Gauvin-Picard, N. Dattée-Landry, A. Casanova, M. Saladin, F. Puig Rosado (Starfilm, France, 1994, 16'14")

Résumé: quand l'un des proches d'un enfant est malade du cancer, on lui cache très souvent la vérité. Ce film montre avec beaucoup de pudeur et de sensibilité qu'il faut savoir parler aux enfants du cancer et de l'hospitalisation (déramatisation - déculpabilisation).

Il faut aussi savoir écouter ce qu'ils ont à nous dire sur la maladie et sur leurs sentiments (tristesse, culpabilité, etc.).

Ce film s'articule autour d'une animation en classe réalisée par le dessinateur-illustrateur Fernando Puig Rosado et la reconstitution de l'histoire de deux enfants dont l'un des proches (maman/petit frère) sont hospitalisés (cancer).

Mentions

du Jury International

Le jury a tenu à souligner la qualité remarquable de deux émissions appartenant à des séries, l'une canadienne, l'autre française (France 3).

Le retour des soldats qui craquent, J. Despins, Qui vive (Canada, 1995, 21'34")

Résumé: ce reportage émouvant présente le syndrome de stress post-traumatique vécu par les soldats canadiens revenant de Bosnie. A partir de nombreux témoignages et d'images d'archives, on nous montre et on nous explique les différents symptômes (rêves, flash-back, durcissement des sentiments) ainsi que la détresse, le sentiment d'impuissance et de culpabilité que rencontrent, au jour le jour, ces soldats de la paix.

Le sida, F. Courant, J. Gourmaud, O. Chevillard, C'est pas sorcier (France, 1995, 26')

Résumé: film destiné aux jeunes sur le virus VIH, responsable du sida. Les aspects suivants sont abordés et expliqués à l'aide d'expériences simples mais très explicites (maquettes): Qu'est-ce qu'un virus? Qu'est-ce qu'une cellule? Comment le VIH s'attaque-t-il à l'organisme? Comment le VIH se transmet-il? Quelles différences y a-t-il entre la séropositivité et la maladie sida? Quel est le rôle du vaccin? Pourquoi est-il difficile de mettre au point un vaccin contre le VIH? Comment se protéger?

Christian De Bock, membre du jury, avec l'aide du jury de présélection pour les résumés

Autres films primés (section des films médicaux)

Prix du meilleur film médical ou scientifique

Bone Marrow Transplantation - Schedule of a Treatment, Dr V. Runde, Dr R. Klose, Institut für den Wissenschaftlichen Film (Allemagne)

Prix de la Province de Liège

Echographie sans frontières, J.P. Steinmetz (Suisse)

Mention spéciale

Techniques in Biomicroscopy - Tape 1, G. Eisner, P. Frey, Haag-Strait (Suisse)

Mention spéciale au meilleur film liégeois

La lutte contre la douleur en service de réanimation, P. Lauwers, M. Lamy, E. Vandermeersch, J. Joris, Janssen Cilag (Belgique)

Composition du jury international - films de santé

- Dr Pedro Coito (Portugal)
- Dr Alain Bouvarel (France)
- Sylvie Chassang (France)
- Christian De Bock (Belgique)
- Prof. Gilberte Reginster-Haneuse (Belgique)
- Dr Karin Rondia (Belgique)
- Eric Vandersteenen (Belgique)

Images de la santé

Le 2e Festival International du Film Médical et de Santé de Liège (en bref FIMMEL) s'est déroulé les 26 et 27 avril derniers au Palais des Congrès de la Cité ardente.



Comme il faisait très beau, il fallait aux festivaliers un certain courage pour s'enfermer deux jours durant dans des salles obscures. Heureusement, le programme offrait des échappées vers l'air libre, le soleil et la Meuse...

N'ayant pas suivi le volet 'films médicaux' du programme, je me limiterai à vous faire part de mes sentiments à l'égard des 'films de santé' visant un large public, professionnels de santé y compris.

Impressions contrastées.

Au crédit du festival, une organisation sans faille, avec des projections commençant à la minute précise indiquée dans le programme, un choix judicieux d'une cinquantaine de productions récentes opérées par un (courageux) jury de présélection, l'occasion de rencontrer plusieurs producteurs ou réalisateurs, une ambiance générale très conviviale. On déplorait néanmoins l'absence de la RTBF, qui produit pourtant un nombre non négligeable d'émissions "santé" de qualité. La présence de RTL-TVi parmi les partenaires du festival n'y est sans doute pas étrangère...

Là où il faut malheureusement parler d'échec, c'est au plan de la fréquentation. Il faut bien constater que les spec-

tateurs ne se sont pas déplacés en masse au Palais des Congrès, que l'audience était par moments confidentielle, voire quasi-inexistante.

On ne peut espérer qu'une foule nombreuse participe à un événement de ce genre, mais quand même...

Il est indispensable que les organisateurs tirent les leçons de cette désaffection du public s'ils veulent une troisième édition dans deux ans, car leurs efforts considérables le méritent!

Mais, faisons plutôt place à l'image et au son.

Les films nominés

La guerre des laches, de J.C. Betran-court, Handicap International (France, 1995, 25'32")

Résumé: Daniel Herrero (ancien joueur de rugby) présente une émission sur l'horreur des mines anti-personnes. Outre les conséquences médicales pour les victimes, les différentes séquences abordent les difficultés économiques et le redéveloppement pour les régions touchées. Les opérations de déminage et de prévention auprès de la population sont nécessaires mais la dynamique politique, juridique et économique, en amont, doit également être modifiée.

I'm not disabled, de Y. Vanlandewyck, P. Van de Vliet et I. Jossa, Audiovisuele Dienst K.U.Leuven (Belgique, 1994, 22'03")

Résumé: témoignages de quatre personnes handicapées sur leur handicap, le regard des autres et la pression sociale, leur vie quotidienne et l'importance de l'entourage. L'importance du sport dans leur réhabilitation et leur réinsertion sociale est bien mise en évidence. Les nombreuses activités sportives pratiquées par ces personnes handicapées sont bien illustrées.

Gènes, générations et société: l'hérédité humaine, de G.Evers-Kiebooms and others et J. Radema, Audiovisuele Dienst K.U.Leuven (Belgique, 1995, 31'38")

Résumé: explications claires et structurées de l'hérédité humaine et de la

transmission de maladies héréditaires (Maladie de Huntington, mucoviscidose, syndrome x fragile). Les aspects prédictifs, diagnostiques, préventifs et éthiques sont également abordés.

A l'aide... Je suis allergique, de Dr Godding et M. Van Troyen, UCB Institute of Allergy (Belgique, 1995, 16'33")

Résumé: ce film explique, grâce à de nombreux témoignages d'enfants, les problèmes que rencontrent quotidiennement les enfants allergiques (asthme, dermatites, rhinites, etc.). Les relations entre parents, médecins et professeurs sont clairement mises en évidence pour le bien-être physique et moral de l'enfant. Le film montre aussi que l'enfant allergique n'est pas fondamentalement différent des autres enfants.

Yoro, le grenier vide, de B. Surugue, OMS - ORSTOM Audiovisuel - ENMP Mali (France, 1995, 20'57")

Résumé: la lutte contre la dracunculose en pays Dagon au Mali. La seule stratégie est d'interrompre la transmission de la maladie en filtrant l'eau de consommation et en aménageant des puits. Les succès remportés par les populations maliennes, avec le soutien de l'O.M.S., sont porteurs d'espoirs pour d'autres pays en développement.

Des gènes pour guérir, de M.A. Baudon et J. Keruhel, CNRS Audiovisuel - AFM - SEI (France, 1992, 4'37")

Résumé: une explication simple et claire de la thérapie génique pour soigner les maladies génétiques (myopathies, etc.). Une méthode qui utilise des virus comme transporteurs pour introduire des copies de gènes sains dans les cellules malades.

Un massage nommé désir, de E. Delamare, N. Tanda et P. Minster, C.H.R. d'Orléans (France, 1995, 10'30")

Résumé: ce film montre l'importance d'une attitude de soins respectueuse du bébé prématuré (tendresse, massage, musique douce, parole, etc.). De nombreuses situations et attitudes sont montrées d'une manière positive (ouïe, toucher, tendresse).

La prévention par le changement émergent : apprendre à gérer les problèmes!

Introduction

Depuis une dizaine d'années, nos investissements professionnels dans le domaine de la prévention de la santé se sont développés par des activités de recherche et par des interventions (recherche-action par exemple) sur différentes problématiques d'éducation pour la santé (santé cardio-vasculaire, tabagisme, violence conjugale, alimentation, santé communautaire).

Dans tous ces travaux, considérant la santé ou la maladie comme une problématique complexe en perpétuelle mouvance, une question récurrente et globalisante est devenue la pierre angulaire de nos réflexions et de nos productions théoriques et méthodologiques: "Comment peut-on intervenir, de façon préventive, sur un objet comme la santé considéré comme instable, continuellement en changement, et vis-à-vis duquel il n'est guère aisé de déterminer, consensuellement, un état à atteindre ou à maintenir?"

Traditionnellement, l'éducation à la santé apparaît comme une des stratégies de la santé publique, participant à la prévention et la promotion de la santé (Bury, 1988). Et, comme beaucoup de pratiques professionnelles fortement orientées vers l'action, elle se fait au détriment d'une certaine réflexion sur sa pertinence sociale et scientifique dans son propre champ d'investissement.

En effet, des nécessités socio-sanitaires sollicitent un déploiement de programmes d'intervention éducative aptes à favoriser les changements souhaités dans les attitudes et les comportements vis-à-vis de la préservation de la santé et de la diminution des risques la menaçant.

Pour y arriver, la plupart des recherches actuelles tentent de mieux connaître les problèmes de santé et d'identifier leurs facteurs déterminants; les programmes, sur la base de ces informations, sélectionnent les contenus éducatifs et planifient les interventions (Godin, 1991).

L'éducation semble ainsi réduite à un rôle technologique au service des besoins sanitaires. Mais qu'en est-il vraiment de la pertinence sociale de ces interventions? Les modes d'intervention répondent-ils adéquatement aux problèmes vécus par les personnes bénéficiaires de ces programmes? Y a-t-il accommodation entre l'identification des problèmes et les réponses apportées par la prévention et l'éducation à la santé?

Ces questions de pertinence sont le point d'ancrage du développement d'une approche davantage basée sur le comment: comment prévenir les maladies cardio-vasculaires? Comment prévenir les comportements tabagiques chez les jeunes? Comment assurer que les jeunes femmes enceintes consultent? Comment, comment, comment...

Mais comment aussi répondre à ces défis sans sombrer dans un activisme, où, il faut en convenir, les résultats restent en deçà des ambitions. Les travaux sur les processus de changement et surtout sur le changement émergent, initiés par Arthur Gélinas au GRIES depuis une vingtaine d'années, ont été réinvestis pour arriver à développer ces propositions dans le domaine de la prévention.

Prévenir: une perspective de résolution de problèmes?

Que ce soit le tabagisme, le sida, les maladies cardio-vasculaires, le cancer du sein, etc., ces objets représentent pour la santé publique des problèmes majeurs sur lesquels des actions préventives sont incontournables! L'O.M.S. sollicite des recherches et des projets d'intervention préventive. Des budgets importants sont alloués, révélateurs des priorités politiques et sociales. On ne remet guère en question la pertinence de la prévention. Au contraire, les différents pays se penchent de plus en plus sur de nouveaux projets en vue de promouvoir une société "en santé", la santé pour tous en l'an 2000!

Si nous nous arrêtons aux perspectives privilégiées en prévention, actuellement, la démarche dominante est une approche de résolution de problème visant l'élimination du dit problème. Dans la prévention du tabagisme (Schoonbroodt, 1996a et b) mais aussi dans la prévention des maladies cardio-vasculaires (Vanasse et al., 1992), l'intervention se caractérise par des approches prescriptives et planifiées de changement. Elle est réduite souvent à la modification d'attitudes, de comportements et d'habitudes de vie.

L'intentionnalité de ces interventions nous semble être fondée sur quatre idéologies. Premièrement, selon une perspective macro-économique, il faut diminuer les coûts élevés des interventions curatives de santé par l'action préventive. Deuxièmement, selon une perspective de droit collectif, il faut réglementer certaines habitudes de vie personnelle ayant des effets collectifs (exemple, interdiction de fumer dans des lieux publics). Troisièmement, selon une perspective sociologique et interactionniste, il faut renforcer le modèle relationnel client-expert pour favoriser la compliance aux prescriptions à fondements dits scientifiques et objectifs. Finalement, dans une perspective politique, il faut se doter d'objectifs d'élimination de certaines maladies, de certaines habitudes et comportements et promouvoir la santé pour tous.

Or, des observations empiriques nous permettent de remettre en question la pertinence de ces positions idéologiques pour l'intervention éducative. Il est illusoire de prétendre agir préventivement et de modifier les comportements individuels dans de telles perspectives, du moins au niveau pédagogique. Tout éducateur en santé ne peut prétendre intervenir et réussir son intervention dans une perspective d'élimination du problème. Peut-on, dans le système éducatif, concevoir l'élimination de l'échec scolaire une fois pour toutes? Ou encore souhaiter la réussite scolaire pour tous?

Pour ne pas tomber dans la naïveté de "l'égalité des chances", il nous semble important de concevoir ces souhaits comme étant essentiellement de nature méthodologique. Permettre à des jeunes, dans leur expérience scolaire, de ne pas vivre que l'échec et de connaître des succès est une question de processus éducatif permettant d'agir sur le problème sans pour autant prétendre à son élimination.

Dès lors, la croyance qu'on peut résoudre ou éliminer le problème du tabagisme, des maladies cardiovasculaires, qu'il y a une "bonne façon" pour le faire (l'optimalité!) est ainsi remise en question. Comme le fait remarquer Watzlawick (1978), ce modèle est causal. A la base de ces approches, celui-ci se fonde sur des concepts occidentaux de responsabilité, de justice, et surtout de vérité objective. Ce modèle véhicule des valeurs morales basées sur des notions de vrai et de faux, de bon et de mauvais. L'intervenant en santé veut-il légitimer ces valeurs vis-à-vis de la diversité des réalités sociales et humaines?

Ainsi, tout en considérant la prévention comme une action ciblant des problèmes, nos travaux en prévention primaire et secondaire s'inscrivent dans une perspective sensiblement différente. Reconnaisant qu'il y a des problématiques qui ne pourront jamais être éliminées mais vis-à-vis desquelles nous sommes amenés à agir, la perspective privilégiée est celle de la **gestion du problème** ou de ce qui fait problème.

Prenons par exemple le tabagisme. Partant du postulat que le tabac est un produit disponible et accessible sur le marché, aucun gouvernement n'a pris la décision d'éliminer ce produit de la planète, ou de le rendre illégal (le rendre illégal ne l'enlèverait certes pas de la planète!). Si on admet que la consommation de tabac représente un risque pour la santé physique de tous les citoyens (peut-être moins pour la santé mentale?), la prévention peut être envisagée comme une démarche pragmatique, réfléchie et opérationnelle. Dans cette logique, l'intention d'intervenir préventivement vise à apprendre à diminuer les risques liés à la consommation de tabac. Dans une perspective de santé

publique, le tabagisme représente un problème socio-sanitaire sur lequel nous devons apprendre à agir, avec et sur les risques et les méfaits liés à l'usage, plutôt que de chercher à éliminer la consommation en général, objectif qui comme nous l'avons souligné relève d'une naïveté trompeuse.

Nous avons développé une **méthodologie éducative** permettant d'opérer des recadrages au niveau de l'intentionnalité de l'intervention. Ainsi, une nouvelle axiologie de l'intervention oriente nos travaux.

Elle est basée sur la valorisation de la prépondérance du savoir d'expérience et de la construction sociale des représentations intersubjectives de la santé.

Elle favorise des processus éducatifs de gestion appropriative (empowerment) des risques et des effets des "actions santé", identifiés par et avec les acteurs concernés par l'intervention.

Ce choix délibéré peut apparaître pour certains comme un aveu d'impuissance ou de laisser-faire. Pour d'autres, elle peut correspondre à un choix stratégique dont la pertinence est avant tout pragmatique et axée sur l'efficacité et l'efficience des méthodes d'intervention. Selon nous, cette perspective rencontre ces deux visions. Elle implique la nécessité de redéfinir la situation d'intervention autrement que traditionnellement. Elle propose un recadrage dans le rapport entretenu aux expertises scientifiques (notamment les données épidémiologiques), ce recadrage favorisant l'ouverture vers des perspectives d'intervention nouvelles et inédites.

Sur le plan des stratégies éducatives, l'importance de remettre en question la surestimation des potentialités des théories béhavioristes est plus que nécessaire pour nous dissocier de la vision technologique de l'éducation (qui véhicule toujours l'espoir d'optimalité). Les développements de la perspective constructiviste de l'apprentissage, des théories de la cognition sociale et des conflits sociaux cognitifs (voir Schoonbroodt, 1996b), nous permettent un recadrage significatif.

L'éducation pour la santé se centre alors sur le soutien de l'apprentissage et non uniquement sur des technologies d'enseignement, autrement dit l'éducateur pour la santé favorise la construction de connaissances adaptées et pertinentes pour l'apprenant plutôt que d'être un transmetteur de savoirs dont la pertinence est estimée par des spécialistes. Ainsi l'éducation est considérée comme un processus de transformation et dès lors de changement. Apprendre quelque chose c'est transformer ce que l'on sait déjà!

Recadrage conceptuel

Avant d'aborder les perspectives pragmatiques d'intervention, deux notions fondamentales liées à l'idée de transformation sont à considérer, articulant chacune plusieurs concepts clés: la notion de **problématique complexe** plutôt que de parler de problème et la notion de **changement émergent** plutôt que de traiter de changement planifié.

La notion de problème complexe a été abordée par Chekland (1981) et reprise par Landry (1980). Pour l'illustrer, nous nous basons sur une recherche réalisée en 1990-91 (Schoonbroodt et al., 1991), subventionnée par la Communauté française de Belgique. Au début des travaux de recherche sur le tabagisme, une revue brève de la littérature surtout au travers d'ouvrages de synthèse a permis les constats suivants:

- la littérature est extrêmement abondante¹ et diversifiée, de multiples disciplines s'y intéressent. Cette densité quantitative permet difficilement de tendre à l'exhaustivité, mais permet-elle de mieux connaître le "problème"?

- plus on approfondit le sujet et plus on découvre des résultats qui se contredisent (Reuter, 1984; Boddewyn, 1990), voire des paradoxes;

- malgré le nombre important de publications, un constat de redondance: des mêmes façons de poser le problème, des mêmes explications et des

(1) Chaque année les résultats de plusieurs milliers de nouveaux travaux de recherche sont publiés à travers le monde affirmant pouvoir apporter des informations pertinentes sur des questions spécifiques d'intervention (Reuter, 1984)

les experts, mais aussi une circulation de l'information effective entre les différents sites.

Au terme de ces programmes développés sur six sites expérimentaux, d'une durée de trois ans, ce guide constitue, dans une première partie, un témoignage très vivant de toutes ces expériences. Les productions ont été riches, diverses et imaginatives. Elles ont mobilisé de nombreux acteurs de terrain, mais aussi une population très motivée.

Découvrir ces expériences à travers les illustrations de cet ouvrage, la lecture de ces interviews, c'est d'abord percevoir et comprendre le plaisir que toutes ces personnes ont eu à partager, pendant trois ans, des projets communs au service de la prévention et du bien-être du plus grand nombre.

La seconde partie du guide donne des conseils simples et pratiques à tous ceux (responsables d'équipes de prévention, animateurs en éducation pour la santé...) qui veulent mettre en place des actions du même type. Ces chapitres ont été élaborés à partir des évaluations réalisées tout au long de ces programmes coopératifs.

(Extrait de l'éditorial, rédigé par Hubert Allemand, du CNAMTS, et François Baudier, du CFES.)

BAUDIER F., JANVRIN M-P., et al., *Prévention des accidents de la vie domestique. Le Guide des programmes coopératifs*, Vanves, CFES, 1996, 119 pages.

Pour tout renseignement: Comité français d'éducation pour la santé, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, tél. 46.45.45.00. ■

■ Un précis sur la santé

Les Presses Universitaires de France publient un nouveau numéro dans la célèbre collection Que sais-je? il traite du sujet ô combien vaste de la santé.

Nous reproduisons ici de larges extraits de l'avant-propos rédigé par les auteurs, Georges Tchobroutsky et Olivier Wong, tous deux médecins, l'un en milieu hospitalier et l'autre en médecine générale. Ce texte résume bien les idées qu'ils ont voulu faire passer dans leur ouvrage.

"Près de 200 livres rédigés en français, disponibles en librairie, comportent le mot "santé" dans leur titre. Le second mensuel français lu par plus de 4,5 millions de personnes est consacré à la santé. Mais les médecins n'utilisent pas ce terme dans leur exercice: santé n'apparaît pas dans l'index du principal traité de médecine français et, s'il figure dans celui du plus célèbre ouvrage international, c'est pour renvoyer aux chapitres consacrés à l'économie de la santé ou à celui des maladies professionnelles des personnels de santé. (...)

La santé est-elle un concept médical, biologique ou une notion philosophique? Ou, rien de cela. La santé est-elle une notion du sens commun récemment triomphante en politique, économie et administration? Comment peut-on être en bonne santé, ou "avoir" une petite santé? Comment peut-on mourir en pleine santé? Qu'est-ce qu'un "capital" santé? Comment peut-on améliorer la santé, c'est-à-dire faire progresser ce qui est déjà sain?

Beaucoup d'ambiguïtés disparaissent si on choisit de séparer complètement ce qui ressort de l'individu et ce qui intéresse les décideurs en charge de groupes ou de populations. Surtout si l'on délimite concrètement de quoi l'on parle tout en évitant l'usage immodéré de l'abstraction "santé". (...)

Les représentations de la santé qui font l'objet d'études sociologiques poussées varient d'une culture à l'autre. Dans la nôtre, l'accent est surtout mis (chez les bien-portants) sur la notion de qualité de vie, de bien-être, d'aptitude au travail, mais c'est "se sentir bien dans sa peau" qui est la définition courante de la santé (du moins dans certaines classes d'âge et d'activité professionnelle). Etre en bonne santé, c'est aussi être "normal" et oublier toutes les nuances qui distinguent un être humain d'un autre.

Aux yeux du grand public, la notion évidente de santé est indissociablement imbriquée avec celle née de l'hygiène volontariste, de l'équilibre, de la liberté: santé et moralité tissent des liens étroits et naturels. L'individualisme du discours sur "ma" santé s'oppose cependant aux propos jugés par certains sociologues comme plus conviviaux, lorsque les conversations portent sur "nos" maladies. (...)

Des conflits peuvent surgir ou apparaître potentiellement entre les soucis de santé des individus pris un par un, et la santé du groupe social, c'est-à-dire la santé publique et leurs coûts. Si la société et chacun de ses membres peuvent désirer que tous meurent le plus tardivement possible en bonne santé, de fait les personnes très âgées et qui sont de plus en plus nombreuses dans les pays dits développés consomment beaucoup de soins: financièrement parlant, le citoyen parfait est - de fait - celui qui meurt subitement d'un infarctus le jour de sa retraite. Il est clair également que les libertés individuelles peuvent être menacées ou le sont déjà dans la mesure où des limites sont évidentes sinon inévitables. De l'obligation légale des vaccinations à celle de la déclaration de certaines affections, d'une politique de l'eau aux réglementations de l'hygiène des conditions de travail, un seul fil conducteur: le souci de protéger la collectivité.

La santé a un coût, c'est évident. "Qui paie quoi?" est une question pertinente à laquelle les sociétés doivent répondre. Quel est l'intérêt réel médical et social, puis la place du dépistage et de la prévention? Et non seulement des maladies, mais aussi des anomalies, des handicaps, voire même des simples entraves à la volonté de surpasser des limites pourtant concevables comme physiologiques? Qui choisit les orientations socialement ou individuellement justes et comment se décide la part des ressources qui devront y être affectées non seulement sur le plan directement médical mais aussi à tous les niveaux de la vie sociale? Y a-t-il une différence de nature entre la santé et les autres biens? Quelle sera l'utopie ou l'idéologie de substitution, quand celles de la santé (et de la prévention ou de l'éducation sanitaire) rencontreront, si ce n'est déjà fait, leurs limites financières, techniques et humaines.

Ce livre se propose de suggérer quelques réponses possibles aux questions posées ci-dessus et aussi de cerner les cadres et les limites des discussions nécessaires autour du terme santé".

TCHOBROUTSKY G., WONG O., *La santé*, Paris: P.U.F., 1995, (Que sais-je? n°2960), 126 pages. ■

dispensateur de soins envoie au médecin conseil des documents médicaux et administratifs. Ces données sont centralisées, traitées dans le respect de la confidentialité et classées suivant un modèle unique, avant d'être transmises au Registre National du Cancer.

Les données récoltées lors de traitements ambulatoires sont moins facilement consignées, l'Oeuvre s'est donc centrée, en 1995, sur le développement de la notoriété du registre auprès des médecins qui sont des partenaires privilégiés du processus d'enregistrement des données.

Il ressort des données du registre que les organes les plus fréquemment atteints chez l'homme sont le poumon (26%), la prostate (16%), le gros intestin (13%), la vessie (7%) et l'estomac (4%).

Chez la femme, le cancer du sein (33%) vient nettement en tête, suivi du gros intestin (14%), du col utérin (5%), de l'ovaire (5%) et du poumon (4.5%).

En 1992, 3,42 hommes pour 1.000 et 3,98 femmes pour 1.000 ont été confrontés à un cancer.

La fréquence des cancers augmente avec l'âge et l'homme est plus atteint que la femme dans les tranches d'âge supérieures.

Il faut cependant rester prudent dans l'analyse de ces chiffres car l'augmentation d'incidence d'un cancer peut être le fruit d'une meilleure détection, par une meilleure information et conscientisation du public, ou par des diagnostics plus fins et plus précis.

Le "Registre National du Cancer: 1990-1992" est disponible à l'Oeuvre Nationale du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles. Tél: 02/225.82.11 Fax: 02/225.82.90. ■

■ Approche par les pairs et santé des adolescents

En décembre 1994, un séminaire francophone se tenait à Besançon, à l'initiative du Comité français d'éducation pour la santé et du Comité départemental d'éducation pour la santé du Doubs.

Il s'agissait d'une réunion relativement restreinte, puisque seules quelques équipes actives dans le domaine de l'éducation par les pairs, en Afrique,

en Belgique, aux Etats-Unis, en France, au Québec et en Suisse avaient été invitées (au total une bonne vingtaine d'équipes).

Un document préalable a été édité (en attendant les actes définitifs qui ne sauraient tarder...), détaillant un projet particulier pour chaque équipe, suivant une grille de description reprenant l'origine du projet, les objectifs, le type d'approche, les acteurs, le public ciblé, la place des adultes, celle des jeunes, le type d'activités menées, la durée de l'action et des éléments d'évaluation.

Pour plus de renseignements: CDES du Doubs, Madame Fabienne Bonnin, place du Huit Septembre 19, F-25000 Besançon, tél. 81.82.32.79. ■

■ Accidents domestiques

Un guide des programmes coopératifs

Depuis les années 80, en France, différents partenaires institutionnels (Comité français d'éducation pour la santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Ministère de la Santé,...) mènent des programmes de prévention des accidents associant des actions de terrain, de vastes campagnes de communication et des mesures législatives et/ou réglementaires.

Les campagnes nationales étaient initialement conçues pour alerter les parents des jeunes enfants sur des dangers immédiats; elles ont progressivement été enrichies d'un discours éducatif destiné à rendre l'enfant acteur de sa propre prévention. Par ailleurs, les personnes âgées, population particulièrement touchée elle aussi par les accidents domestiques, ont été introduites dans les campagnes nationales en 1994.

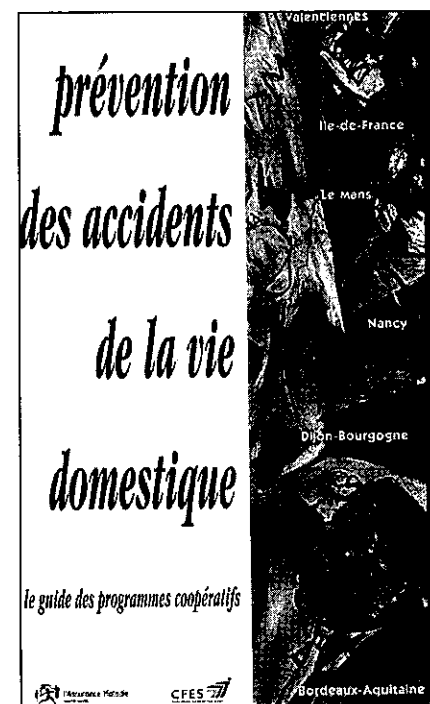
Les actions de terrain ont continuellement relayé les campagnes de communication nationales. Pour la période 1983-1993, on a observé une diminution importante du nombre de décès d'enfants.

Consolider ces résultats en maintenant la mobilisation des acteurs nationaux et locaux, reste donc un objectif prioritaire.

La volonté de donner aux acteurs de terrain les moyens de mener des actions continues dans le temps, programmées et centrées sur les besoins de la population, a conduit en 1992 la CNAMTS et le CFES à lancer un programme coopératif de prévention des accidents domestiques.

Le cahier des charges souligne l'importance de développer un programme très rigoureux sur le plan méthodologique et la nécessité de mettre en place des actions à caractère communautaire, le canton, la ville et le quartier constituant des entités de population suffisamment limitées pour envisager ce type d'approche. Enfin, quatre populations sont définies comme prioritaires: les parents d'enfants de moins de 2 ans, les enfants fréquentant l'école maternelle, les personnes âgées et les publics les plus en difficulté.

Un dispositif de suivi, tant au niveau national (comité d'experts et équipe d'évaluation externe (1)) que local (comité de pilotage, équipe technique et groupe d'évaluation) est mis en place. Il permet d'assurer des échanges fructueux entre les équipes de terrain et



(1) Signalons, pour nos lecteurs fidèles, que Martine Bantuelle (Educa-Santé), Chantal Vandoorne et Michel Demarteau (APES) ont assuré l'évaluation externe de ce programme.

mêmes référents théoriques pour l'analyse du problème et pour l'intervention;

- les recherches sur le tabagisme chez les jeunes apportent davantage une illustration de "la phénoménologie du fumeur" et ne fournissent pas assez d'explication, causale ou déterminante (Reuter, 1984);

- des lacunes dans la recherche sont attribuées au rôle qu'on attend d'elle. En effet, la recherche dans ce domaine semble loin de remplir le rôle qu'on lui demande, à savoir servir l'intervention et trouver des réponses aux questions non résolues du terrain;

- enfin, on observe peu de modifications dans les comportements des jeunes ou peu d'effets sur l'intention de consommer du tabac. Malgré le peu d'études évaluatives sur les impacts suite à l'exposition d'un programme de prévention, l'efficacité des programmes de prévention sur la modification des comportements semble être bien relative (Green, 1980).

Ainsi, la littérature nous apportait un sentiment d'évoluer dans une impasse, de tourner en rond. De plus, l'observation de Reuter sur l'absence d'explication causale ou déterminante dans les illustrations phénoménologiques du tabagisme chez les jeunes peut être questionnée. Si on reste à des descripteurs du phénomène, son observation est pertinente.

Par contre, des études phénoménologiques sérieuses doivent proposer des schèmes interprétatifs des phénomènes. Ainsi, une recherche exploratoire auprès de soixante jeunes âgés entre 10 et 15 ans, retenus suivant les critères tels que le sexe, l'âge, le niveau d'études et le milieu socioculturel, a fait évoluer l'objectivation du phénomène tabagique.

En résumé, certaines observations ressortent de l'analyse de ces entretiens:

- le tabagisme, pour les jeunes interviewés, n'apparaît pas comme un problème en soi, encore moins comme un problème de santé. Alors qu'ils en connaissent les dangers sur la santé physique, pour la majorité d'entre eux, le tabagisme fait partie de leur vie; ça les concerne directement ou indirectement, par le comportement

de leurs ami(e)s et des membres de la famille par exemple. Ce comportement est, pour certains d'entre eux, une réalité dans leur quotidien, ou un comportement d'essai parmi d'autres auxquels plusieurs s'adonnent pour diverses raisons, certains tentés uniquement par l'expérimentation de la cigarette alors que pour d'autres la présence ou non du produit ne les incite pas. Ces comportements s'inscrivent aussi pour eux dans un ensemble de réalités sociales et comportementales;

- les mêmes variables et facteurs dits déterminants identifiés dans la littérature sont présents. Cependant, les explications causales et surtout les relations de causalité ne semblent plus fonctionner! Nous nous trouvons devant une situation apparemment plus complexe et diverse, il n'est pas aisé de dégager une régularité dominante dans les associations entre des "variables" présentes et le comportement concerné. Il est difficile de définir des profils types mais par contre plus aisé d'identifier des trajectoires diverses;

- dans une perspective compréhensive et interprétative, cette complexité s'exprime dans les dynamiques en présence et dépasse l'idée de causalité multiple. On se trouve plutôt devant une multirationalité, c'est-à-dire une diversité d'argumentations et de compréhensions du phénomène;

- quant aux représentations de la prévention de la santé pour ces jeunes, le tabagisme est moins signifiant (important) que la prostitution, la consommation excessive de drogue ou de cigarettes, l'ivresse à l'alcool surtout par les comportements associés (violence, conduite routière, etc.), le décrochage scolaire et les problèmes d'emploi, les relations avec les parents et les professeurs, etc. Les jeunes semblent intéressés à parler prévention à l'école, et avec leurs enseignants. Les consommateurs de cigarettes surtout précisent qu'il ne faudrait pas isoler la consommation de tabac de leurs problèmes de vie. La prévention, toujours selon eux, devrait davantage cibler certains types de consommations plutôt que le produit comme problème. Ils ciblent l'abus et l'excès dans la consommation, mais aussi le recours à des substances de

substitution dans la gestion des difficultés relationnelles ou personnelles. Au travers de leurs discours, c'est le rapport au produit qui semble faire problème et devrait devenir un objet de prévention (prendre conscience) et non la consommation en général.

C'est ainsi que les analyses des observations nous ont amenés à considérer le tabagisme davantage comme une "problématique complexe" plutôt qu'un problème (Maheux et al., 1983; Landry, 1980). Par problématique complexe, nous devons entendre le partage des caractéristiques suivantes:

- l'identification de ce qui fait problème par rapport à un même objet (tabagisme) n'est pas la même pour tous les acteurs: une diversité de vision;
- l'analyse de la situation apparaît floue et peu structurée: relations complexes;
- il n'y a pas vraiment de consensus possible sur la nature du problème mais une imbrication complexe entre les éléments identifiés comme faisant problème: une problématique;
- la prise en compte des valeurs et des croyances dans l'appréhension de ce qui fait problème: dimension axiologique;
- il n'y a pas de relations causales simples mais plusieurs perspectives pour l'étudier: une compréhension multidimensionnelle;
- plusieurs acteurs sont concernés et la dimension contextuelle est à prendre en compte: contextualisé.

La notion de problématique renvoie aussi à celle de diversité et de complexité. Nous sommes amenés à considérer l'articulation entre plusieurs éléments qui font problème, pour un même observateur ou entre plusieurs observateurs.

En effet, nos analyses sur la compréhension par les jeunes et dans la littérature du tabagisme illustrent une diversité de perspectives. Chacun, à sa façon, voit, comprend, explique ce qui se passe. L'expérience tabagique (la leur ou celle des autres) renvoie à une diversité de réalités. Les explications et les compréhensions qu'ils apportent ne semblent pas s'exclure les unes par rapport aux autres. Elles ne

sont pas non plus des contradictions. Elles reflètent plutôt une diversité. Par analogie au puzzle d'enfants, les différents éléments du jeu peuvent avoir du sens indépendamment les uns des autres. On peut décrire ce que l'on voit sur une pièce du puzzle. Mais quand on tente de les mettre en relation, l'ensemble des pièces du puzzle nous renseigne sur une autre vision, une autre image plus complexe que la somme de chacune des pièces.

La diversité des perspectives traite du rapport à l'objet. Il y a de multiples façons d'interpréter, de donner sens au réel. L'activité de passer du niveau perceptuel d'un fait, d'un événement ou d'un objet à un niveau plus élaboré d'interprétation par la connaissance s'appelle l'objectivation. Pour Legendre (1993), l'objectivation est ce processus par lequel la connaissance devient de moins en moins subjective.

Cette conception de l'objectivation peut amener à rechercher l'objectivité dans l'objet, à chercher à contrôler l'empreinte du sujet dans la production de la connaissance. Mais à partir du moment où nous considérons que toute connaissance s'inscrit dans un rapport interprétatif à l'objet, le processus d'objectivation est dans la relation du sujet à l'objet. Le sujet révélant et interprétant ce qu'il perçoit de l'objet, en construisant un réseau de sens. Savoie-Zajc (1992) souligne que la compréhension subjective et construite d'un phénomène peut s'objectiver par les interrelations entre plusieurs observateurs, lorsque les différents sens apparaissent crédibles entre eux. Elle parle alors de "compréhension multidimensionnelle" d'un phénomène. Une façon d'entrer dans cette compréhension multidimensionnelle est d'être attentif à la diversité des rapports entretenus à la santé, par les individus et dans la littérature scientifique.

Enfin, la conception du changement est concomitante à celle d'apprentissage et d'approche éducative. Deux perspectives sont habituellement reconnues (Fortin et Letendre, 1995).

Une première conception, la plus courante, met l'accent sur le contenu du changement: qu'est-ce qu'on veut changer ou implanter? Dans cette vision, l'objet ou le contenu du changement peut être déterminé avant

l'intervention (le comportement d'arrêter de fumer par exemple). On parlera alors de changement planifié. L'intervention prédéfinie prescrit le type de changement vers lequel l'action doit mener.

Par contre, une autre conception repose sur le processus par lequel le changement se produit: comment se transforment des comportements dans des situations particulières? Comment interagissent et s'influencent des acteurs? Qu'est-ce qui les mobilise? Dans cette conception, c'est moins l'objet ou le contenu du changement qui préoccupe l'intervenant. Le changement est émergent des interactions entre des acteurs dans un contexte donné. Il est contingent des intentions et des enjeux portés par les acteurs. Si le processus d'intervention peut être planifié par l'intervenant, le changement émergent se produit dans et par la dynamique entre les acteurs, relatif à leur propre façon de gérer les contraintes et les ressources de leur environnement.

Approche d'intervention par le changement émergent

Comme tout acte éducatif, la prévention peut être envisagée comme une intervention médiatrice entre des acteurs sociaux (intervenant, jeunes, enseignants, parents, etc.) et des préoccupations de santé (par exemple, le sida, le cancer, le tabagisme, etc.), et ce dans des contextes problématiques spécifiques (communauté scolaire, services de santé et services sociaux). L'intervention préventive s'imisce donc dans le mode de vie des personnes, face à leurs comportements, à leurs valeurs, à leurs croyances et à leurs connaissances. Les éducateurs en santé, porteurs de mandats sociaux, sont des intervenants professionnels engagés pour intervenir dans cette interface entre les acteurs sociaux, le milieu et des préoccupations sanitaires.

Cette perspective éducative de médiation se traduit par des approches fondées sur la conception de la **gestion appropriative**, traduction française d'empowerment.

La gestion appropriative signifie le "processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de la diversité de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et contraintes pour les traduire en prise de décisions sur son devenir" (Gélinas et al., 1995). C'est donc le processus de prise de conscience par les acteurs sociaux qui est au coeur de l'intervention et qui est mobilisateur d'intention de changement. Nous considérons la gestion appropriative à la fois comme une démarche basée sur le processus d'appropriation et comme un ensemble d'activités permettant aux acteurs d'apprendre à gérer leur santé. Elle peut se réaliser dans une perspective communautaire, avec des petites collectivités ou plus individuellement, moyennant certaines adaptations méthodologiques. La conception de l'intervention demeure la même.

La réalité des pratiques d'intervention en éducation pour la santé nous enseigne qu'il y a plusieurs façons d'agir dans cette interface. Dans notre perspective, l'intervention s'inscrit, pour l'intervenant, comme une activité dynamisante, de soutien à la recherche et à la mise en place d'actions sur la situation problématique et dans les conditions de vie particulières. Les changements procèdent par la gestion des ressources et des contraintes telles que vécues par les individus dans leur réalité. Ce ne sont pas des états à atteindre mais des situations problèmes à gérer en vue d'une adaptation.

L'intervention se passe suivant un mouvement continu et circulaire de rencontres entre des savoirs théoriques (les données de la littérature et/ou les savoirs expérientiels des autres acteurs sociaux) et des savoirs pratiques expérientiels des acteurs en présence (Gélinas, 1984).

Pour amorcer une démarche appropriative par les acteurs, il s'agit que ces deux types de savoirs se confrontent suffisamment pour qu'il y ait activation des représentations par la présence d'informations contradictoires ou paradoxales. Certains auteurs ont parlé du phénomène de la "dissonance cognitive". D'autres ont abordé la notion de viabilité des connaissances et de la mise en échec

la méthadone. Panacée ou simple palliatif? Quelle est la position de la Belgique par rapport à ce médicament? La question est également abordée.

Face à cette problématique qui est mondiale et à l'extension des marchés, de nombreux pays essaient d'endiguer cette marée blanche par des cocktails à base de prévention et de répression. La Belgique n'échappe pas au phénomène.

D'un côté il y a les consommateurs, les drogués, de l'autre il y a les dealers et les marchés occultes du blanchiment de l'argent. Car la drogue rapporte beaucoup aux narcotrafiquants, l'argent doit devenir propre pour retrouver sa vraie valeur.

Les auteurs démontent un mécanisme devenu classique et nous montrent que notre pays aussi peut servir de lieu de blanchiment.

Ils terminent par une réflexion sur la dépénalisation de certaines drogues, question au centre de bien des débats et des polémiques. Ignorance, démagogie ou émotivité?

S. CARROZZO et F. MOSER, *Les drogues en Belgique*, Bruxelles, Ed. EVO Société, 1995, 112 pages. ■

L'En vie de Savitzkaya

Les lettres e.n.v.i.e. éclaboussent de leur titre bleu la traditionnelle couverture blanche des livres publiés aux Editions de Minuit.

Titre ambigu que celui de l'ouvrage du Liégeois Eugène Savitzkaya, car entre "en vie" ou "envie" la lecture balance.

Mais les deux sont-ils si différents? Et puis n'est-ce pas ainsi que fonctionne l'ouvrage: un mot n'en cache-t-il pas un autre? Une chose n'est-elle pas autre, selon le regard vierge ou curieux que l'on pose sur elle?

C'est ainsi que dans "En vie" se métamorphose la vie la plus ordinaire: l'entretien d'une maison, d'un jardin, les activités de repassage, de couture et de cuisine.

Il faut dire que l'auteur est bien placé pour en parler. C'est lui qui, une fois la fiancée et les enfants partis, veille sur la demeure.

De son gardiennage bienveillant et actif, il tire de bien belles pages.

"Et maintenant il faut préparer et cuire ce que quatre ou cinq bouches vont manger. Il ne suffit pas de cueillir. Il faut encore faire entrer dans une marmite et suivre la cuisson pas à pas. Pendant la cuisson, les fenêtres sont ouvertes et tous les bruits parviennent dans la cuisine, et l'odeur s'échappe dans le jardin où elle porte des messages, et du jardin monte une multitude d'échos. Le vent souffle sur la flamme et ralentit la cuisson. Viennent des papillons et des guêpes. Les mouches monteront plus tard, pour la curée. Les légumes demeurent asservis à l'humus et les liens se reconstruisent en dépit de la cuisinière ou du cuisinier qui croit régner sur le monde et tenir en main tout le faisceau des ficelles. Dans la marmite cuira l'univers, mais le grand casse-tête consiste à l'y faire entrer intact et à le garder prisonnier le temps de s'en approprier l'essentiel. C'est qu'il ne cherche qu'à se dégager du piège et qu'il s'échappe tant et plus, par le haut et par le bas, par le couvercle et par le fond et que, bientôt, il envahit la maison, du rez-de-chaussée jusqu'aux chambres du second étage. Prompt à l'expansion, il se révèle présent partout sauf là où on l'avait enfermé coupé en morceaux, mis en miettes et soigneusement détaillé. Dans la marmite cuit chaque jour le monstre aux cent mille têtes et aux deux cent mille bras qui use de cent mille façons de se dérober à la cuisson. Alors, pourquoi le vouloir tout entier dans la soupe? Pour que subsiste, en fin de course, au moins une particule de l'immensité. Alors, pourquoi le mettre dans un si petit récipient? Afin qu'il soit à notre mesure. Et pourquoi persévérer à vouloir cuire le tout? Pour enfin réussir."

Loin de cocooner, Savitzkaya fait entrer le monde dans sa maison. Sans oublier d'inviter le lecteur ou la lectrice: "Si tu viens dans ma maison...". Difficile de décliner la proposition de visiter cette maison témoin d'un labeur sans relâche (les murs qui s'effritent ont été renforcés, les plafonds percés d'eau réparés...), mais respectueux de la vérité des choses (la dégradation étant phénomène naturel, le jardin se doit de comporter un dépôt; les cloportes nourris de nos déchets ont droit à la vie...).

V. J. ■

Outils

La Mutualité Chrétienne du Brabant wallon développe depuis plusieurs années un centre de documentation spécialisé en éducation pour la santé, ainsi que sur des thèmes plus spécifiques à la mutualité. Ce centre de documentation est accessible à tous.

Souhaitant s'ouvrir davantage aux enseignants et aux étudiants, Infor Santé Nivelles a édité un répertoire des principaux outils pédagogiques qu'on peut y trouver; sans être exhaustive, cette sélection traite des principaux thèmes qui peuvent facilement être abordés en classe, à quelque niveau que ce soit.

Chaque notice bibliographique est complétée par des mots-clés, une description du type de document dont il s'agit (livre, dossier pédagogique, jeu, vidéo, brochure, dépliant...), ainsi que du public spécifique et du niveau d'enseignement auquel il s'adresse.

Si vous habitez ou travaillez en Brabant wallon (ou même ailleurs!), et si ce répertoire vous intéresse, contactez Eric Jauniaux, Infor Santé Caritas, boulevard des Archers 54, 1400 Nivelles, tél. 067/21.21.21. ■

Le registre national du cancer

Depuis 1983, la gestion du Registre National du Cancer est une des tâches attribuées à l'Oeuvre Belge du Cancer. La nouvelle version du registre se présente sous forme d'une brochure en quatre langues: "Le Cancer en Belgique 1990-1992" et présente, pour la première fois, des données telles que l'âge, le sexe, la région, sous forme de fiches consacrées aux cancers les plus fréquents.

Il se révèle être un outil de recherche épidémiologique, tant pour le médecin que pour le promoteur de campagnes de prévention primaire et secondaire, pour la formation du personnel médical et paramédical et pour le grand public.

Les mutualités constituent le coeur du processus actuel d'enregistrement des cancers. En effet, 99% de la population belge est affiliée à l'une des 5 unions de mutualités. Lors de toute entrée dans un hôpital, l'organisme

Sur les douze projets présentant une évaluation formalisée, on peut identifier en affinant l'analyse:

- 3 évaluations internes;
- 2 sondages d'opinions;
- 5 évaluations externes;
- 2 évaluations à caractère expérimental comportant un questionnaire avant-après, un groupe témoin et un échantillonnage.

La conclusion générale du point de vue d'un lecteur passionné d'évaluation est très positive. En effet, il y a toujours un sujet sur l'évaluation dans chaque numéro de la revue. Il y a aussi des projets qui formalisent leur évaluation et qui permettent ainsi le développement d'une analyse critique de la pratique, même s'ils sont encore trop peu nombreux (27%).

Un regret cependant. La richesse et la rigueur de l'évaluation, faute de moyens, restent encore trop peu développées. Ce manque de moyens et ses conséquences nous rappellent une citation de L. Green en 1974 reprise dans le numéro de février 1987 et que l'on peut appliquer au domaine de l'évaluation en éducation pour la santé. "Il est dramatique de constater que bien souvent les budgets sont nettement en dessous du minimum requis pour avoir le résultat désiré".

Pour ceux qui désirent comprendre les enjeux, pour ceux qui souhaitent améliorer leurs pratiques, pour ceux qui sont soucieux d'évaluation, la revue "Education Santé" est indispensable.

C'est une revue à lire et... à relire. Surtout pour ceux qui, comme nous, ont la chance d'en posséder la collection complète!

Michel Demarteau, APES

Bibliographie

1. Tones K.. Measuring Success in Health Promotion: Selecting Indicators of Performance. Hygie 1992; vol. XI n°4: 10-14.
2. Monnier E. Evaluations de l'action des pouvoirs publics: du projet au bilan. Paris: Economica, 1987: 169.
3. Barbier JM. L'évaluation en formation. Paris: Presses Universitaires de France, seconde édition, 1990: 307. (Pédagogies d'aujourd'hui).

Article basé sur l'intervention faite lors de la fête célébrant le n° 100 de la revue Education Santé, le 5/10/1995. ■

■ **L'autisme en roman**

Le premier ouvrage d'Anne François, journaliste de télé belge, évoquait le combat d'une jeune femme contre le cancer. "Nu-tête", d'inspiration autobiographique, était aussi le récit d'une rencontre riche en tensions entre une jeune malade et un médecin.

Avec "Ce que l'image ne dit pas", Anne François explore entre autres les relations successives entre Lucile et des "spécialistes" auxquels elle présente sa petite fille de 7 ans, Olivia. Le déroulement de ces consultations nous parvient à la fois par Roch, un documentariste que Lucile a promis d'aider à réaliser un reportage sur l'autisme, et par Lucile elle-même.

Le livre est en effet composé des points de vue alternés de Roch et de Lucile sur la personnalité de l'autre, ses motivations, et sur cette fillette au comportement si étrange dont tous deux entendent bien, à leur manière, percer le mystère.

Roch espère que son talent et sa sensibilité triomphent sur pellicule du sentiment d'incompréhension qui le gagne devant l'enfant. Lucile, elle, attend ni plus ni moins le miracle: un geste à son égard d'Olivia, un mot. Cette double attente est déçue: la souffrance, cette fois-ci, n'est pas au goût cinématographique de Roch; Lucile, faisant pour Roch le récit de sa vie avec la fillette, en vient à reconsidérer ses espoirs.

L'un comme l'autre sont amenés à donner mesure plus humaine à leurs ambitions.

Avec "Ce que l'image ne dit pas", Anne François pose un regard compréhensif sur deux credos: celui que l'image peut beaucoup, celui que l'amour d'une mère peut tout.

Pour avoir cru qu'elle était responsable du refus de communiquer de sa fille, Lucile s'est en effet persuadée qu'elle serait, au prix de toutes les abnégations, responsable de sa guérison. Anne François égratigne à sang, d'une plume incisive, les psychanalystes qui ont pendant si longtemps culpabilisé les parents d'autistes, arguant de l'origine psychique et non somatique (ce qu'elle est!) de la maladie.

L'autisme est un état que parents et éducateurs peuvent "juste" aider à vivre en offrant aux personnes qui en

sont atteintes un encadrement et un apprentissage de la vie sociale permanents.

Qualité, parmi d'autres, de l'ouvrage: aviver l'envie d'en savoir plus sur l'autisme qui touche chez nous au minimum 5000 personnes. Un plus que l'on peut découvrir dans "L'autisme", une brochure de Theo Peeters, disponible auprès de l'Association de Parents pour l'Epanouissement des Personnes Autistes (rue Château des Balances, 3 Bte 27, 5000 Namur, 081/74 43 50).

V. J.

Anne FRANCOIS, *Ce que l'image ne dit pas*, chez Albin Michel. ■

■ **Les drogues en Belgique**

L'homme de Néanderthal a-t-il consommé de la drogue? Derrière cette question curieuse se cachent la découverte et l'utilisation par nos ancêtres de presque tous les stimulants hallucinogènes et stupéfiants.

S'ils faisaient usage de telles substances dans des situations bien précises, de nos jours la prise de produit est le reflet d'un mal être dans un contexte socio-économique difficile, les liens sociaux habituels étant dégradés. Sergio Carrozzo et Frédéric Moser, les auteurs des "Drogues en Belgique", nous montrent que la drogue recrée à sa manière des liens sociaux qui sont sources de violence, de maladies mais aussi de contacts.

La drogue qui jadis se trouvait dans des zones précises, est maintenant partout. Il n'est pas très difficile de se procurer des drogues, les coffee-shops hollandais en sont de bons exemples.

Le profane en la matière trouvera dans ce livre des renseignements quant aux terminologies, effets, origines et utilisations des drogues rencontrées en Belgique. Il ne s'agit pas du manuel du parfait petit drogué mais plutôt d'un outil permettant de comprendre et de resituer ce problème dans son contexte global.

Des lueurs d'espoir nous sont apportées par l'apport des produits de substitution, le plus connu d'entre eux est sans doute

de celles-ci comme condition sine qua non d'une transformation (Pépin, 1994; Von Glaserfeld, 1994). Cette confrontation délibérante souple peut devenir un premier niveau de changement: le recadrage (Watzlawick, 1978).

Les activités de conscientisation sur ses propres représentations et de confrontation avec les représentations des autres acteurs peuvent générer des recadrages pertinents pour les sujets. Car ce qui fait qu'un individu ou une collectivité peuvent décider d'opérer des modifications dans leur mode de vie, qu'un changement se produise, se construit selon ce modèle dans et par le jeu interactif entre ces deux espaces. Le changement émerge de ces interactions suite à un recadrage facilité par la méthodologie utilisée par l'intervenant. Ce dernier ne prescrit pas de cadre mais tout au plus soumet au débat des perspectives différentes, comme celle de l'épidémiologie et de la santé publique, sans polariser le débat entre lui et les autres.

Le processus de médiation est porté et assumé par l'intervenant. Celui-ci met en place des activités structurées en vue de soutenir et de favoriser l'adaptation et l'autonomisation des acteurs sociaux, dans leur contexte de vie, en rapport à la diversité des pré-occupations sanitaires (l'aspect planifié de l'intervention). La gestion de cette diversité nécessite de recourir à une approche méthodologique adéquate. Celle-ci s'est développée à partir de la démarche méthodologique des systèmes souples de Chekland (1981), adaptée en éducation par Gélinas et Claux (1983) et en éducation pour la santé par Vanasse et al. (1992).

La méthodologie du changement émergeant est une stratégie pragmatique de résolution de problèmes pensée en termes systémique et constructiviste. Elle s'adapte particulièrement bien aux situations complexes, liées à des activités humaines et vis-à-vis desquelles une diversité de représentations des problèmes par les acteurs existe. La pertinence de cette approche repose sur une conception de base dans la gestion des problèmes: la diversité, dans ses interactions (et non la somme des

différences) est une richesse à exploiter. La stratégie utilisée consiste alors à rendre ces différences les plus explicites, à en légitimer l'expression et à rechercher avec les participants les multiples possibilités d'action qui émergent de cette diversité. La gestion de la diversité apparaît dès lors comme une approche contingente de la complexité des problèmes (Fortin et Letendre, 1995).

On peut distinguer quatre étapes comme des séquences d'activités différentes qui s'opérationnalisent selon un processus itératif non linéaire (voir la représentation graphique). La plupart des activités se passent sur le terrain, avec les acteurs participants. Une étape, celle de la conceptualisation, relève d'une activité de création de sens sur base des informations collectées dans et avec le milieu. Elle se réalise par l'intervenant et vise uniquement un but pragmatique lors de l'intervention, à savoir de permettre la délibération et les décisions de changement avec et par les participants.

taires du problème, le client et les décideurs). Ces trois rôles ne sont pas exclusifs, il est possible d'attribuer plus d'un rôle à un même individu. Le critère de pertinence à l'analyse de la situation sera fonction de l'intervention; il s'agira pour l'intervenant de s'adresser aux "bons" acteurs concernés, ne pas se limiter aux commanditaires d'une intervention pour analyser la situation.

La problématique est une activité centrale et déterminante. C'est une activité qui permet l'explicitation de ce qui fait problème pour chaque acteur (exposition des représentations comme construit et comme construction). Cette activité est en soi une action d'intervention. Les acteurs sont invités à réfléchir sur l'objet santé qui leur fait problème, ainsi que les visions et les perspectives dans lesquelles ces problèmes prennent sens. C'est une activité de prise de recul et de construction de sens pour chaque participant. La méthode habituellement utilisée est l'entretien non-directif individuel ou de groupe (focus group).

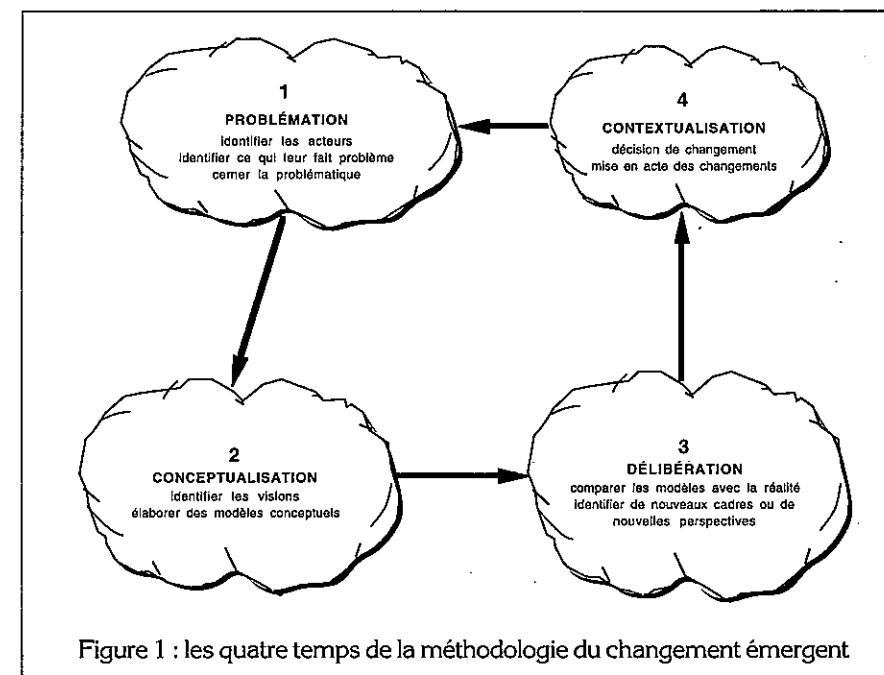


Figure 1 : les quatre temps de la méthodologie du changement émergeant

La première étape, la problématique, porte sur l'identification des acteurs sociaux concernés par la problématique posée et devenant des acteurs significatifs pour participer au processus de changement. A partir d'une demande d'intervention, l'intervenant analyse la situation réelle en distinguant trois rôles dans le système de gestion de problèmes (les proprié-

L'exposition et la gestion de la diversité des visions du problème favorisent un élargissement de la conscientisation chez les acteurs en présence. Le processus de gestion du problème peut être partagé entre les différents acteurs sociaux en présence. Il se traduit par l'identification des changements souhaités et réalisables et la mise en acte des projets de change-

ment. A aucun moment du processus l'intervenant n'intervient dans la prise de décision. Cependant, pour pouvoir gérer ce processus, il doit au moins clarifier avec les acteurs si la résolution repose sur une solution consensuelle (un seul projet d'action pour tous les acteurs) ou plutôt si la solution peut être la gestion de la diversité du groupe et se traduire par plusieurs projets d'actions conjoints.

À l'étape de **conceptualisation**, l'intervenant devra traduire les discours entendus sur la situation problématique en modèles logiques, dans un langage structurant mais d'un autre niveau que celui des participants. En fait, il procède à des regroupements par ensembles logiques des éléments des discours des participants.

Les éléments indicateurs sont de trois ordres: les composantes axiologiques (valeurs, idéologies, croyances), les aspects ontologiques (connaissances, modèles, concepts) et les aspects praxéologiques (pratiques, actions).

L'expertise de l'intervenant apparaît dans cette capacité à modéliser la diversité des préoccupations des acteurs, c'est-à-dire de développer des habiletés à une pensée holistique sur des réalités concrètes. Il s'agit de considérer les discours comme des ensembles reflétant autant de problèmes identifiés par les acteurs ainsi que les perspectives dans lesquelles ils prennent sens pour eux (les visions du monde). L'activité de modélisation est une activité purement logique de représentation de ces réels. Elle permet de quitter momentanément l'univers des contraintes et des ressources, pour s'investir dans une projection purement rationnelle et logique et dégager des modèles. Ceux-ci se concrétisent par la création de "scénarii", c'est-à-dire des systèmes d'activités identifiant, pour chaque vision exprimée par les acteurs, un ensemble d'activités qui sont logiquement reliées.

Un modèle permet de formuler ainsi un ensemble logique: "selon une vision A, il serait pertinent que les acteurs suivants accomplissent pour les usagers suivants, les activités suivantes, dans le contexte suivant". Un modèle ne doit pas être qu'une simple description de la réalité des discours mais une organisation en logique pure des éléments des discours. De plus, un

modèle ne doit pas être trop distancié des discours. Enfin, plusieurs modèles doivent être élaborés, nos expériences nous montrent qu'à partir d'un seul discours, il est possible d'élaborer plusieurs modèles.

Ces modèles sont purement fonctionnels; ils servent de base à l'activité de **délibération**. Cette troisième étape a pour but de comparer les modèles avec la réalité des participants. Ainsi, les acteurs concernés sont invités à regarder ces modèles comme des lectures possibles sur leur réel, la diversité permettant de favoriser les recadrages. Ensuite, les participants vont les envisager en regard de leurs pratiques et de leurs expériences, des contraintes et des ressources de leur environnement: ces activités se réalisent-elles? Si oui, qu'est-ce que cela donne? Si non, qu'est-ce que cela donnerait? Etc.

La pertinence des modèles construits tient dès lors à leur capacité de soutenir la délibération et d'amorcer des perspectives de recadrage pour les acteurs. Les modèles conceptuels ne sont donc pas des solutions alternatives qu'il s'agit de comparer entre elles pour choisir la solution optimale. Ce sont des constructions sociales du problème et des actions.

La prise de décision par les acteurs des actions que leur suggère la délibération se fait à l'étape de **contextualisation**. C'est aussi une activité de création où s'exprime la diversité. Les actions sont regardées à partir de critères de faisabilité et de souhaits par les participants. L'intervenant veille, en respect avec cette approche, à tenir compte de la multiplicité des actions. La gestion de cette diversité va favoriser la complémentarité mais aussi l'interdépendance des actions envisagées par les acteurs.

La mise en oeuvre des actions se fait suivant une planification minimale, déductive des choix et des décisions selon des critères rationnels (objectifs, moyens, ressources, échéancier, critères d'évaluation) et suivant une gestion intégrée. Des mécanismes de monitoring peuvent être prévus. La situation n'est pas résolue dans le sens d'éliminer les problèmes mais elle se gère, c'est-à-dire que des actions sont menées pour diminuer les risques ou les méfaits et s'adapter à celle-ci. Ain-

si, les actions sont déterminées suivant des critères de réalisme, d'efficacité, d'efficience et de pertinence.

En synthèse

Comme vous pouvez le déduire, cette stratégie de gestion de problèmes de santé attribue beaucoup de temps à l'identification de ce qui fait problème avec les acteurs en vue de les amener à identifier ce qu'ils veulent changer et comment ils veulent s'y prendre pour réaliser leurs intentions. Il n'y a donc plus à se préoccuper de la résistance au changement, celle-ci étant gérée par les acteurs eux-mêmes durant tout le processus. Cette stratégie est donc différente des approches opérationnelles traditionnelles qui se mobilisent davantage sur l'identification des opérations à mener, la recherche de la meilleure solution c'est-à-dire celle qui amènera le moins de résistance. On observera que dans ces approches beaucoup de temps est alloué à la gestion de la résistance au changement.

Les activités sont vécues et réalisées par les acteurs sociaux, identifiés comme jouant un rôle actif dans le système de gestion de problèmes (univers effectif) en vue d'une adaptation à la situation réelle. Dans ce modèle d'intervention, l'idée d'adaptation prend sens quand celle-ci est menacée aux yeux des acteurs concernés, quand il y a déséquilibre, mise en péril soit de leurs connaissances, soit vis-à-vis de leurs comportements.

Les acteurs peuvent ainsi identifier un problème vis-à-vis duquel une intention de changement vient s'ancrer. Le rôle de l'intervenant, son expertise, est donc dans le processus lui-même. Sa responsabilisation scientifique et méthodologique commence par rendre accessible les informations scientifiques concernant la santé de la population, mais aussi les ressources et les services.

Cependant, ce qui est estimé comme une information pertinente ou comme ressource par l'intervenant peut être perçu comme une contrainte par des acteurs sociaux. Par exemple, découvrir que le tabac est nocif pour la santé peut être une information contrai-

Education Santé, une revue à lire et à... relire!

Le regard d'un chercheur en évaluation

05, 86, 75, 56, 34, 27, 47, 72, 62, 01, numéros complémentaires: 84 et 94.

Non, ne prenez pas note! Il ne s'agit pas des numéros gagnants à la Loterie Nationale.

Ces chiffres correspondent aux dix numéros de la revue "Education Santé" que j'ai sélectionnés à l'aide d'une table de "nombres au hasard" en présence d'une collègue à l'Ecole de Santé Publique de Liège.

Ces dix numéros tirés au hasard vont me permettre de vous proposer une analyse du contenu probable des nonante-neuf premiers numéros de la revue "Education Santé".

J'ai choisi pour cette lecture le regard du chercheur en évaluation.

D'autres lectures étaient possibles, celle de l'acteur de terrain ou de l'homme politique.

Par exemple, quelques phrases toujours actuelles et à méditer tirées de ces dix numéros:

Décembre 1981: "Educa-Santé vient de publier un vade-mecum des organisations d'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique, un document utile dans un domaine caractérisé jusqu'à présent par une certaine dispersion des initiatives."

Février 1987: "Nous déplorons les difficultés de financement du secteur et nous nous réjouissons d'un financement régulier par décret ou règlement."

"L'efficacité ne passe pas nécessairement par la coordination parfaite et la suppression des doubles emplois."

Ou encore en *mars 1991:* "Enfin! La coordination démarre!"

Ces quelques phrases ne nous éloignent pas des problèmes d'évaluation. Y a-t-il une coordination? Comment fonctionne-t-elle? Est-elle efficace? Faut-il poursuivre son financement? Toutes questions auxquelles on demande à l'évaluation de répondre.

De nombreux auteurs ont montré ce lien entre l'évaluation et les enjeux politiques.

K. Tones (1), en 1992, dans la revue Hygiène de l'Union Internationale d'Éducation pour la Santé ne dit-il pas:

"L'évaluation ne concerne pas seulement l'amélioration des programmes, mais a une fonction politique".

E. Monnier (2), en 1987, dans son ouvrage sur les évaluations de l'action des pouvoirs publics, met aussi l'accent sur les enjeux socio-politiques de l'évaluation.

Si l'évaluation joue un rôle dans l'organisation et la gestion des politiques de santé, une question importante se pose alors. Quelles sont les pratiques d'évaluation en éducation pour la santé dans la Communauté française de Belgique? Y a-t-il de l'évaluation? Quelle sorte d'évaluation?

Vaste question! La lecture des dix numéros que j'ai sélectionnés apporte un début de réponse en partant de l'idée, sans la démontrer, que la revue est un reflet fidèle des réflexions et des actions d'éducation pour la santé dans notre Communauté.

Pour répondre à la question "Parle-t-on d'évaluation dans la revue Education Santé?", j'ai construit une grille de lecture à partir des réflexions théoriques de J.M. Barbier (3) dans son ouvrage sur l'évaluation en formation édité en 1985 aux Presses Universitaires de France.

Il y a évaluation et évaluation

La première distinction utile considère deux approches:

- la première est **prescriptive**. On parle sur l'évaluation: propositions de méthodes, de techniques, de conseils;
- la seconde est **descriptive**. On parle de l'évaluation de l'action.

La seconde distinction met en évidence deux sortes d'évaluations descriptives:

- l'une est informelle, spontanée (pour reprendre les termes de J. M. Barbier), c'est le jugement de valeur qui est exprimé;
- l'autre est formelle, instituée. On y décrit la méthode de production du jugement de valeur. Elle vise à l'objectivité.

Quels sont les résultats de cette double distinction?

Approche prescriptive

Sur les dix numéros, six proposent une approche prescriptive.

Avril 1980: Présentation du livre de L. Green sur le modèle PRECEDE.

Décembre 1981: "La crise et son cortège de restrictions amènent de nombreux responsables de l'éducation

pour la santé à se demander s'il vaut la peine de consacrer une part de leurs trop maigres budgets à l'évaluation. Notre réponse est absolument affirmative." Suit un article de J. Henkinbrant, "L'évaluation commence avec la définition des objectifs".

Février 1987: "Quelles rentabilités pour l'éducation pour la santé?" Un article de V. Magos et P. Thonnard avec la collaboration de D. Piette et les remarques de G. Reginster-Haneuse et J. Henkinbrant.

"L'heure est à la rentabilité. Ce mot magique donne des ciseaux aux nouveaux gestionnaires pour effectuer des coupes dans les budgets. Mais par rapport à quoi quelque chose est-il rentable?"

Janvier 1989: Un texte réglementaire. Art. 20 "Pour être susceptible d'être subventionné, tout type d'action doit prévoir une évaluation".

Avril 1990: Un numéro de la collection méthode de l'A.P.E.S. sur "l'enquête par questionnaire" de M. Hap. Une enquête de Deccache, Malice, Feron sur la perception de l'efficacité de l'éducation pour la santé dans les maternités de la Communauté française de Belgique.

Novembre 1992: "Les pistes d'analyse causale" par M. Andrien. La nécessité d'évaluer le consensus sur le cholestérol selon P. Trefois. L'intérêt de l'enquête "O.M.S. jeunes" défendu par D. Piette.

Approche descriptive

Sur les dix numéros, nous avons identifié quarante-quatre présentations d'actions de terrain.

Nous les avons classées en quatre catégories selon la grille que nous avons présentée:

Catégorie 1: pas d'évaluation. L'action est seulement décrite.

Catégorie 2: parle d'évaluation, mais sans la présenter.

Catégorie 3: évaluation informelle. Il y a un jugement de valeur, mais pas de description de la méthode suivie.

Catégorie 4: évaluation formelle. La méthode d'évaluation qualitative ou quantitative est présentée.

Cat. 1	16	36%	}	52%
Cat. 2	7	16%		
Cat. 3	9	21%	}	48%
Cat. 4	12	27%		

Vol 714 pour Health Promotion Land

Ce livre a été écrit pour tous ceux qui travaillent ou sont intéressés par des programmes de promotion de la santé ou des programmes basés sur la participation communautaire et la collaboration intersectorielle.

C'est le résultat de cinq années d'expérience en promotion de la santé nutritionnelle dans le cadre d'un programme européen appelé "SUPER". Il a été écrit pour faciliter la mise en place, le développement et l'évaluation de programmes de promotion de la santé, le tout sans brûler les étapes, progressivement.

Ce livre est basé sur des expériences pratiques qui ont eu lieu dans toute l'Europe.

Les responsables de programme issus de huit villes européennes y ont contribué et l'analyse de leur expérience illustre les recommandations. Pour la Belgique, les responsables sont Luc Berghmans (Observatoire de Santé en Hainaut) et Michèle Lejeune (Programme Carolo Cardio Santé).

Bien que les études de cas soient centrées sur la nutrition, les recommandations peuvent être utiles pour tout problème de santé.

Ce livre comprend trois parties.

La partie A contient l'introduction ainsi qu'un chapitre théorique sur les principes de promotion de la santé et de recherche action. La participation de la communauté et la collaboration intersectorielle sont les concepts fondamentaux de l'approche de promotion de la santé. Les principes aussi bien que le type de recherche mené dans le programme "SUPER" sont expliqués.

La partie B est la partie centrale du livre. La mise en place d'un programme de promotion de la santé est comparée à un voyage en avion. "Before you get started" - le premier chapitre de cette partie - explique la différence entre un programme et un projet et donne des suggestions pour l'analyse de la situation qui doit être faite à ce stade.

Le chapitre "Preparing the runway" décrit le processus qui va de l'initiative de départ au plan de programme finalisé. Dans "Taking off" est présentée la manière dont le plan de programme doit

être mené pour parvenir au plan d'action concret. "Staying in the air" décrit ce qui peut être fait pour que les actions entreprises soient menées à bien. Le chapitre final "Reflection" illustre pourquoi il est nécessaire de réfléchir aux objectifs de départ et aux résultats.

D'un bout à l'autre du livre, référence est faite aux outils de recherche qui peuvent faciliter la planification et la réalisation de certaines actions. Des techniques aussi bien quantitatives que qualitatives sont mentionnées.

Dans la partie C, ces outils sont expliqués en profondeur. Grâce aux explications, ces techniques peuvent être utilisées par ceux qui cherchent un soutien de leur projet de promotion de la santé par la recherche.

Une liste de références bibliographiques et de matériels est incluse. Des exemples d'activités sont également listés. Pour plus d'informations, les responsables du programme "SUPER" peuvent être contactés; une liste des noms et adresses des promoteurs est insérée.

BOONEKAMP G.M.M., VAANDRAGER H.W., KOELEN M.A., KENNEDY-HAYNES L., "Travelling through health promotion land", Wageningen (NL), 1996, 157 p., 40 NLG.

Ce livre peut être obtenu par chèque payable à "LU Landbouw en Samenleving te Wageningen, NR535900/343910 Resource pack" au prix de 40 Florins (frais d'envoi inclus). Votre commande ainsi que le chèque sont à envoyer à:

Dr. Maria Koelen, Dept. Of Communication and Innovation Studies, Agricultural University, De Leeuwenborch, Hollandseweg 1, NL - 6706 KN Wageningen, Nederland ■

Stress et travail

La Fondation André Renard a consacré un dossier de son Bulletin au stress.

Le stress est un phénomène qui peut toucher chacun de nous: l'ouvrier, le technicien, le sans-emploi tout autant que le cadre supérieur, le professeur, l'étudiant ou la ménagère peuvent en être la victime.

Un premier article montre qu'il est impossible de mettre une barrière entre le stress positif (celui de l'individu qui passe un examen, une interview, qui

entre en scène ou qui se prépare à prendre le départ d'une compétition quelconque) et le stress pathologique ou négatif.

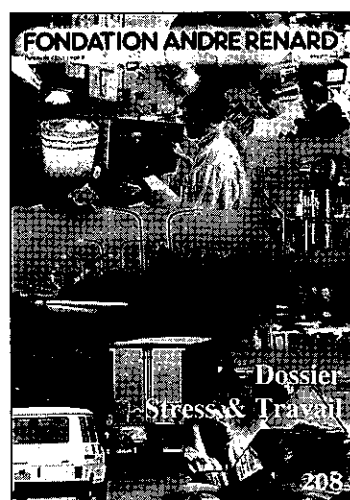
Une psychologue industrielle analyse les éléments qui expliquent une grande partie des situations de travail vécues comme stressantes; même si elle insiste sur le fait que le stress est aussi fonction de l'interprétation des événements par chacun.

Ensuite, elle revient sur les agents stressants inhérents au monde du travail.

Une troisième intervenante, collaboratrice de la Fondation André Renard, aborde ensuite le coût du "stress négatif", notamment en matière d'absentéisme, de soins de santé et de productivité, et montre combien le stress est coûteux pour la collectivité, pour le travailleur et pour l'entreprise.

Viennent ensuite deux réflexions abordant le stress sous une approche plus syndicale: l'une insiste sur le rôle de détection de stress que doivent remplir les organes de représentation des travailleurs; l'autre se penche sur une directive européenne relative à la mise en oeuvre de mesures pour l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Pour clore ce dossier, un médecin explique son approche du stress en milieu de travail notamment via un "atelier stress/travail".



Dossier: Stress et travail, Bulletin de la Fondation André Renard, n°208, 1995, 80 pages, 200 FB.

Fondation André Renard, Place Saint-Paul 9-11, 4000 Liège, tél. 041/21.96.40, fax 041/23.10.11. ■

gnante pour certains jeunes alors que pour d'autres elle est mobilisatrice de changement. La méthodologie de médiation, privilégiée dans ce modèle d'intervention, va donc se centrer sur les représentations des acteurs, c'est-à-dire leur rapport à l'objet santé. L'expertise de l'éducateur en santé est dès lors dans sa capacité professionnelle de rendre possible l'activation des interactions, de rendre possible la rencontre des univers scientifiques et théoriques et des univers expérimentaux des acteurs sociaux, par des mises en situation de problématisation. Cependant, au plus l'écart entre ces univers est large (inaccessible) ou nul (le tracé plat), au plus il faut craindre un statu quo, voire le renforcement des situations antérieures.

La qualité d'une intervention de type appropriative est de maintenir un certain degré d'écart entre ces deux univers, permettant aux acteurs de garder suffisamment de confiance dans leurs actions et représentations tout en les déstabilisant suffisamment pour qu'ils puissent évaluer des besoins de modifier certaines connaissances ou certains comportements en vue de réaliser leur projet. Les automatismes dans les comportements, des données scientifiques présentées comme des dogmes ou des vérités absolues, la rigidité des normes sociales et l'intolérance qu'elles suscitent sont des conditions sclérosant cette dynamique de changement.

La gestion appropriative est plus qu'une technique. C'est un mode de pensée et d'action qui s'apprend, nécessitant des recadrages théoriques, axiologiques et méthodologiques (2). La gestion appropriative se distingue de la gestion participative. La démarche d'intervention est elle-même objet d'appropriation par les acteurs dans une perspective d'auto-régulation. Dès lors, le rapport traditionnel expert-client, créant un état de dépendance entre les deux, n'est pas adéquat pour atteindre cet objectif d'autonomisation et d'émancipation des acteurs par et dans le processus. Il n'est pas pertinent de favoriser un rapport d'expertise induisant chez les sujets une attitude client ou consommateur pour atteindre une intention d'appropriation du processus de gestion de la santé par les acteurs eux-

mêmes: c'est-à-dire apprendre à apprendre!

L'expertise de l'intervenant reste constamment au niveau du processus de soutien et d'accompagnement et l'expertise des acteurs est au niveau de la problématisation (le contenu). Dans cette conception, l'intervention préventive s'inscrit comme une action visant à ce que les personnes se prennent en main, l'intervention étant une action de soutien au processus d'empowerment ou de gestion appropriative par l'individu de sa santé et des risques qu'il encourt. La personne est considérée tout au long de l'intervention comme un acteur et un producteur, et non comme un simple exécutant, consommateur de programmes!

Enfin, l'apprentissage de la méthodologie du changement émergent comme approche méthodologique en éducation pour la santé exige une formation et de la pratique. Comme on ne s'improvise pas éducateur pour la santé, on ne saurait pas s'improviser agent de changement émergent.

Il faut s'approprier les théories éducatives constructivistes, se défaire de ses relents de changement planifié, s'ouvrir au partage d'expertises diversifiées à la gestion appropriative, enfin adhérer à l'idée de complexité.

Depuis un an, l'Institut pour le Développement par le Changement Émergent (IDCE), fondé au Québec et intervenant entre autres en Belgique, a réalisé plusieurs séminaires de formation à cette méthodologie. Déjà, plusieurs intervenants l'utilisent et des travaux importants ont montré l'efficacité de l'approche. Nous aborderons certains exemples de ces travaux dans un prochain article.

Colette Schoonbroodt, Arthur Gélinas, GRIES (3), Université du Québec à Rimouski

(2) En Belgique, nous offrons des formations à cette méthodologie, via le CFIP (Bruxelles).

(3) GRIES: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Éducation pour la Santé. Adresse: GRIES-UQAR, 300 Allée des Ursulines, Rimouski (Québec) Canada G5L 3A1 Tél.: 001 418 724 17 91; Fax.: 001 418 736 50 65; Internet: Arthur-Gélinas@UQAR.UQUBEC.CA

Références bibliographiques

- Boddeyn, J. J. (1990). *Le tabac et les jeunes. Etude du rôle de la publicité et des facteurs sociaux dans l'usage du tabac chez les jeunes*. No. IDT. Centre d'information et de documentation sur le tabac, asbl. Bruxelles.
- Bury, J. A. (1988). *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck Université. Col. Savoirs et Société.
- Checkland, P. (1981). *Systems thinking, systems practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Fortin, R., & Letendre, J. (1995). La gestion des problématiques complexes en éducation: le cas de la réussite scolaire à l'école Leber. In P. Tous-saint & R. Fortin (Eds.), *École et gestion de la diversité* Québec: Les Cahiers du Labraps, série études et documents, volume 19, Université Laval.
- Gélinas, A. (1984). Evaluation et multirationalité. In C. Paquette (Ed.), *Des pratiques évaluatives* Ottawa: Les Éditions NHP.
- Gélinas, A., Claux, R. (1983) *Systémique et résolution de problème*, Montréal: Agence d'Arc.
- Gélinas, A., Fortin, R., Schoonbroodt, C., & Vanasse, A. (1996). Éducation pour la santé: vers une gestion appropriative de la santé. In Actes du Colloque de l'AFDEC 1995, Montréal (à paraître).
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé: les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, IX (1).
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health Education Planning*. Palo Alto: C.A. Mayfield.
- Landry, M. (1980). *Doit-on concevoir ou analyser les problèmes complexes?* Québec. Université de Laval. Faculté des Sciences de l'Administration.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'Éducation*, Montréal: Guérin.
- Maheux, G., Gélinas, A., & Claux, R. (1983). La recherche-action: un instrument pour le praticien et la praticienne. *Vie Pédagogique* (27), 13-16.
- Pépin, Y. (1994). Savoirs pratiques et savoirs scolaires: une représentation constructiviste de l'éducation. *Revue des Sciences de l'Éducation*, XX (1), 63-86.

Reuter, U. (1984). L'abus du tabac et d'alcool: causes et conséquences, hypothèses et questions demeurant sans réponses. *Monographies européennes de recherche en éducation pour la santé* (2), 113-194.

Savoie-Zajc, L. (1992) *Les critères de la recherche qualitative*, présentation au Colloque de l'ACFAS, Rimouski 1992, document inédit.

Schoonbroodt, C. (1996a). Tabagisme chez les jeunes et éducation pour la santé: Étude épistémologique et praxéologique. In *Actes du Colloque de l'AFDEC 1995*, Montréal (à paraître).

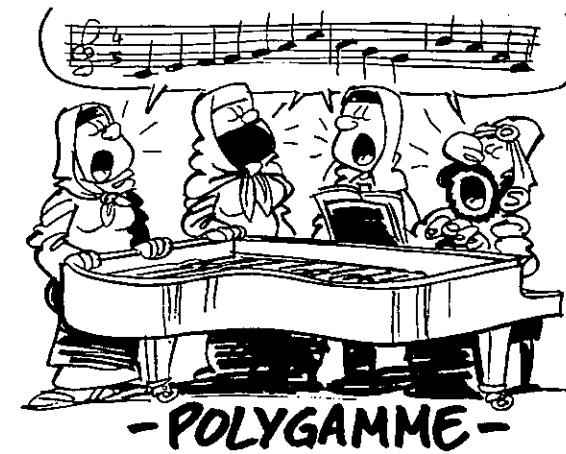
Schoonbroodt, C., (1996b) *La prévention du tabagisme chez les jeunes. Recherche et Intervention: étude épistémologique*, Thèse de doctorat en santé publique orientation Education pour la santé, Université catholique de Louvain (déposée).

Schoonbroodt, C., Parmentier, P., & Bury, J. A. (1991). *Recherche sur le tabagisme chez les jeunes. Rapport de la recherche exploratoire sur les représentations (1990-91). Projet subventionné par la Communauté française de Belgique, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Convention N° V90/60 484 No.* Université catholique

de Louvain, Unité d'Éducation pour la Santé.

Vanasse, A., Gélinas, A., Paquet, M., & Turcotte, P. (1992). *Évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardio-vasculaires en milieu de travail: rapport intérimaire* in les Cahiers du GRIES: Recherche subventionnée par le Programme national de Recherche et de Développement en Santé du Ministère de la Santé et du Bien-Être social du Canada.

Von Glasersfeld, E. (1994). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? *Revue des Sciences de l'Éducation*, XX(1), 21-28.



Ce guide a pour objectif d'aider l'animatrice à construire les séances d'animation, pour qu'elle puisse:

- être ouverte à la demande du groupe;
- cerner les éléments culturels qui entrent en jeu dans la relation;
- prendre conscience de ses propres comportements, attitudes, représentations et valeurs en tant qu'animatrice;
- choisir les objectifs intermédiaires qui permettront d'atteindre un objectif plus général;
- sélectionner les techniques d'animation adéquates et diversifier ses approches méthodologiques.

L'objectif du guide est aussi de contribuer à l'amélioration de la communication entre les populations peu scolarisées et/ou d'origine immigrée et les professionnels médico-sociaux qui utilisent l'animation dans le cadre de leur profession. Les auteurs ont donc cherché à fournir des éléments concrets qui permettent de comprendre l'origine d'éventuels dysfonctionnements de la communication au cours des animations santé.

Les thèmes abordés sont les normes et valeurs (honneur, pudeur, respect, honte, pureté et impureté), la physiologie et la pathologie du système urogénital, les menstruations, la ménopause, les examens médicaux, le vécu des adultes, l'éducation des jeunes. Dans un prochain volume seront abordés la stérilité, la contraception et les maladies sexuellement transmissibles.

Pour chaque sujet, l'animatrice trouvera les rubriques suivantes:

- différents problèmes de santé;

- quelques objectifs à long terme;
- références bibliographiques;
- quelques représentations personnelles et sociales (croyances);
- quelques objectifs à court terme;
- propositions de méthodes d'animation;
- présentations d'aides didactiques;
- propositions d'auto-évaluation qualitative;
- approfondissement culturel.

N. TINANT, L. IHADTEN, TH. CLAEYS BOUUAERT, C. VANDESSELDE, "Information sexuelle" guide pratique d'animations santé, Bruxelles, Cultures et Santé, Editions Vie Ouvrière, 1995, 310 pages, 795 FB.

Vous pouvez obtenir ce livre auprès de l'asbl Cultures et Santé en effectuant un virement d'un montant de 795 FB + frais de port (60 FB pour la Belgique, 70 FB pour l'Union européenne, 109 FB pour le reste de l'Europe et 133 FB pour les autres pays) au compte de l'asbl 068-0670810-82 avec la mention "Information sexuelle - guide pratique d'animations".

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter l'asbl Cultures et Santé, avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles, tél.: 02/513.56.99. ■

Le sexe: tabou or not tabou?

La sexualité féminine

Entre nous, on se dit tout!

Tout ce que les lectrices du magazine Flair l'Hebdo ont osé demander sur la sexualité à leur fidèle hebdomadaire.

En confiance, sur le ton de la confiance, du partage, de l'émotion, elles

osent poser les questions tues jusque-là, expliquer leurs difficultés ou leurs douleurs. L'honnêteté, la clarté et la franchise des réponses sont la garantie d'une aide sérieuse.

L'auteur, Chantal Delvaux, est journaliste; elle coordonne le courrier psychologique, sexuel et médical de Flair. Sexothérapeute, elle anime des groupes de sensibilisation autour de la naissance,...

Il ne s'agit pas ici d'un guide complet et exhaustif sur la sexualité: cela a déjà été souvent fait! Il s'agit plutôt d'entrer de plain-pied dans les questions que les lectrices de Flair se posent et que nous nous posons peut-être tous et toutes: inquiétudes, doutes, zones d'ombre et de tabous.

DELVAUX C., *Tout ce que vous avez osé demander sur la sexualité*, Bruxelles, Le Généraliste / Ed. Labor, 1996, 221 pages.



La sexualité masculine

De nombreux progrès ont été réalisés dans la connaissance de la physiologie sexuelle. Aujourd'hui, les médecins disposent de nouvelles possibilités thérapeutiques pour traiter l'impuissance et l'andropause.

Les auteurs de ce livre, tous deux gynécologues-andrologues, mettent l'accent sur la dimension psychologique de la sexualité, et réfléchissent sur la nature du désir et de l'amour déclinés au masculin.

MIMOUIN S., CHABY L., *La sexualité masculine*, Paris, Ed. Flammarion, (Dominos; n°88), 1996, 127 p., 265 FB. ■

Les pratiques curatives dans le champ des assuétudes

Cette question a été développée par le CPAS de Charleroi et le Laboratoire de recherche de l'IRTS⁽¹⁾ dans le cadre d'un vaste programme toxicomanie de coopération transfrontalière franco-belge: Pacte-Interreg I.

Dans la province du Hainaut et dans l'arrondissement de Lille, une centaine d'opérateurs de terrain des champs psycho-médico-social et judiciaire ont participé à une recherche action endoformatrice⁽²⁾ sur les questions de l'évaluation qualitative de leurs pratiques. Ils ont, au cours d'entretiens semi-directifs, analysé leur expérience professionnelle, les réalités locales auxquelles ils sont confrontés et des questions globales liées à la prévention, aux aspects curatifs et judiciaires.

Cette méthode de recherche s'est avérée pertinente pour investiguer des phénomènes aussi complexes que les assuétudes. Elle permet de faire émerger les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels les pratiques professionnelles se structurent. Les entretiens ont eu lieu dans le cadre de travail des interviewés. Le rapport final de l'étude évaluative a été conçu à partir d'une lecture transversale des interviews, préalablement validées par les intervenants ou les équipes.

Nous ne reprendrons brièvement dans cet article que la démarche évaluative des opérateurs belges et français du champ curatif ainsi que leurs constats et propositions.

Des "maladies" pas comme les autres

Pour les professionnels, les toxicodépendances ne peuvent être réduites à des "maladies" même si elles peuvent générer notamment des demandes de soins de santé. Ces problématiques ont de multiples versants psycho-médico-sociaux; elles relèvent de l'interaction systémique de facteurs de risques, d'un processus gigogne qui peut associer des vulnérabilités individuelles, familiales, socio-économiques et culturelles.

La plupart des opérateurs hennuyers comme ceux de l'arrondissement de Lille observent un glissement progressif du profil socio-culturel des toxicomanes; leurs patients sont de plus en plus jeunes et de plus en plus précarisés, voire désinsérés, aux niveaux scolaire et socio-économique.

De manière générale, le concept de "guérison" serait également inadéquat. Il n'existe pas "un moment où on n'est plus malade", mais des modes de gestion de l'anxiété individuelle et collective. Cette gestion de l'anxiété existentielle est une opération quotidienne qui n'est jamais terminée et qu'opèrent tous les sujets, à leur façon et à partir de leurs ressources; certains modes de gestion autonomisent les personnes, d'autres peuvent à la longue faire régresser leur autonomie et les aliéner.

En début de traitement, la plupart des intervenants psycho-médico-sociaux spécialisés ou non spécialisés du dispositif ambulatoire prennent en considération le discours de "l'urgence" de l'utilisateur car, disent-ils, une personne dépendante qui peut sortir de l'immédiateté corollaire aux conduites d'addiction est déjà en voie de guérison. Ils offrent donc aux patients une aide inconditionnelle.

Le dispositif résidentiel a quant à lui généralement des exigences d'abstinence préalable même si, dans le Hainaut, quelques structures hospitalières et une structure d'appartement supervisé accueillent des usagers en traitement méthadone.

Au niveau des objectifs des traitements, il n'y a pas toujours de consensus entre les soignants. L'abstinence reste pour la plupart d'entre eux, à plus ou moins long terme, un but du processus thérapeutique mais on remarque un glissement progressif des objectifs vers le concept de "bonne gestion" des substances psycho-actives. Bon nombre d'intervenants psycho-médico-sociaux observent que la problématique de consommation abusive de drogues illicites peut se dépla-

(1) L'Institut Régional de Travail Social Nord Pas de Calais (Lille)

(2) L'évaluation endo-formatrice est un mode d'action sociale qui implique les différents acteurs concernés par la matière à évaluer. Les processus de réflexion et de concertation mis en oeuvre par l'évaluation collective deviennent alors des instruments d'action.

c'est que la plupart des problèmes de santé, des maladies sont pris en charge par la personne elle-même ou par un membre de sa famille, de son entourage, souvent une femme.

Ce que l'on oublie aussi, c'est que la plupart des activités produites par la famille (nourrir, aimer, loger, habiller et chauffer) concourent à assurer le bien-être et donc la santé de chaque membre de la famille.

Geneviève Cresson, auteur du livre intitulé "Le travail domestique de santé", nous permet de lever un coin du voile sur ce travail sanitaire profane.

Son objectif général en réalisant ce travail est de commencer une description (sociographie) et une analyse de la production sanitaire profane, considérée non pas en tant qu'annexe de l'activité de professionnels des soins, mais en tant qu'activité domestique insérée dans la vie quotidienne de la famille.

Dans la première partie du livre, l'auteur plante le décor en présentant tout d'abord les contextes dans lesquels la production sanitaire profane s'organise: la relation médecin-malade, le rôle du support social et le rôle central des femmes dans la prise en charge et le soutien. Elle explore ensuite les principales ressources mises en oeuvre dans la production sanitaire profane: les tâches domestiques, la dimension relationnelle et sentimentale de ces tâches, les connaissances des profanes. Cette première partie se termine sur les aspects méthodologiques de la recherche. La deuxième partie est entièrement consacrée à l'enquête sur le terrain, les résultats obtenus et les nouvelles interrogations qu'elle soulève.

A partir d'entretiens approfondis et répétés avec une quarantaine de familles du Nord de la France, choisies parce qu'elles n'avaient pas a priori de problème de santé, l'auteur opère une découverte systématique et critique de l'activité sanitaire la plus élémentaire.

Les dimensions cognitives, pratiques et relationnelles de cette activité, l'évaluation par les mères de leurs propres prestations et de celles des professionnels, les limites et lacunes qu'elles rencontrent, les formidables enjeux de cette activité... tous ces aspects sont développés.

A mes yeux, ce livre est important.

A titre personnel tout d'abord, car il parle de notre activité quotidienne, de notre investissement dans la santé et le bien-être de nos proches. Il sort de l'ombre et met en valeur cette dimension élémentaire mais vitale pour chacun de nous.

Comme éducateur pour la santé également, ce livre est important car il nous rappelle que le premier acteur d'éducation pour la santé est la famille, et qu'il ouvre des nouvelles perspectives de réflexion et d'intervention.

Un conseil: lisez-le sans tarder!

B.T.

G. CRESSON, *Le travail domestique de santé*, Paris, Ed. L'Harmattan, coll. *Logiques sociales*, 1995, 346 p., 180 FF. ■

■ Information sexuelle

Le guide pratique d'animations santé

La sexualité ne laisse personne indifférent et l'aborder nous implique inévitablement au niveau de nos propres sensibilités, de nos normes et de nos valeurs personnelles.

Les représentations sociales et personnelles sont très diversifiées tant auprès des populations peu scolarisées et/ou d'origine immigrée qu'auprès des professionnels médico-sociaux. Elles sont le résultat d'une évolution historique, anthropologique et sociologique dont la dimension religieuse ne constitue qu'un des nombreux facteurs.

Certaines de ces croyances sont parfois contradictoires et entrent en conflit les unes avec les autres. Une incompréhension réciproque entre populations peu scolarisées et professionnels médico-sociaux peut dès lors voir le jour. Les problèmes de communication qui en résultent, sont encore renforcés par la complexité d'aborder la sexualité tant au niveau pédagogique qu'au niveau culturel.

Ce guide propose une réflexion et des stratégies d'animation autour de différents thèmes liés à la sexualité. Il s'agit de la première application pratique du "Guide de l'animation santé" publié par Cultures et Santé et les Editions Vie Ouvrière en 1993⁽¹⁾.

"Le choix du thème de ce premier guide de pratique peut surprendre. Les sujets liés à l'information sexuelle sont, en effet, difficiles à aborder du point de vue culturel et pédagogique.

Dans la logique d'une pédagogie progressive, le premier thème à aborder aurait dû être celui de la connaissance globale du corps humain, prérequis apparemment incontournable. Plusieurs animatrices chevronnées nous l'ont fait remarquer.

En réalité, les raisons pour lesquelles nous avons opté en priorité pour le thème de la sexualité n'ont rien de pédagogique.

Au départ, nous avons été sollicitées plusieurs fois par des animatrices et des institutions désireuses de traiter ce thème dans leurs groupes. Thème qui semble d'autant plus interpellant qu'il implique l'animatrice au niveau de ses propres sensibilités, de ses normes et de ses valeurs affectives personnelles. Mais les animatrices débutantes choisissent souvent d'en parler sans en imaginer la complexité, tant au niveau pédagogique qu'au niveau culturel, ce qui entraîne malheureusement un renforcement des préjugés réciproques de l'animatrice et des participantes.

D'autre part, les journées de formation organisées par Cultures et Santé au cours des années 93-94, et les débats animés qui s'y sont produits, ont dévoilé à quel point circulent parmi les professionnels des idées toutes faites, des simplifications et des attitudes normatives, ce qui handicape le recul professionnel et entrave toute tentative de communication.

Nous avons donc cherché à répondre à une demande et à un besoin prioritaire du point de vue des animatrices, demande axée sur la préparation pratique des animations."

(1) Ce premier guide analysait quelques questions pour aider l'animatrice à atteindre son but: sa formation en techniques d'animation, ses connaissances sur le plan de l'interculturel et au niveau du groupe. L'animatrice y trouvait également une réflexion sur les problèmes de santé, les objectifs pédagogiques, l'infrastructure de l'animation, les ressources didactiques et humaines, les contraintes et les modes d'évaluation. Ce guide est toujours disponible auprès de Cultures et Santé au prix de 420 FB + 50 FB de frais de port.

cer vers d'autres conduites à risques (alcoolisme, pharmacodépendance,...) ou d'autres symptômes de dépendance (à une personne, une secte, un système totalitaire,...).

Ils estiment donc que l'abstinence n'est pas toujours un marqueur fiable de réussite d'un traitement, ils se réfèrent plus volontiers à des finalités moins standardisables mais plus indiquées comme celles de l'autonomisation psycho-sociale, de l'insertion socio-économique ou de l'émergence progressive de capacité d'introspection et de communication.

Les critères d'évaluation du processus thérapeutique auxquels se réfèrent les opérateurs sont relativement similaires quels que soient la discipline ou le type d'offre de soins.

Indices d'évolution de traitement

1. Le patient construit et élabore sa demande. Il tente de comprendre le sens du symptôme qu'il a développé. Il se découvre des capacités d'analyse et d'introspection. La rechute n'implique pas la rupture mais devient facteur de sens.
2. La "référence identitaire" au "statut" de toxicomane disparaît peu à peu.
3. Il développe ses capacités de symbolisation, de verbalisation et de communication, plutôt que le recours au passage à l'acte, notamment dans des situations conflictuelles.
4. Il devient capable d'établir des liens psychoaffectifs qui ne sont pas basés sur des processus de dépendance ou de co-dépendance psychiques. Il peut exprimer ses émotions, ses besoins, sa sexualité, ses sentiments, ses désirs et formuler des demandes psychoaffectives à l'autre. Il s'autonomise de sa famille, reconstruit un réseau relationnel, vit en couple, a des enfants,...
5. Il met en place un processus progressif de réinsertion socio-économique (formation, travail, logement, loisirs, dettes, sortie du circuit judiciaire,...).
6. Il sait gérer sa consommation de substances psycho-actives.
7. Il prend soin de lui-même, de sa santé physique et mentale.

Qualité de la relation thérapeutique

Les différentes pratiques curatives touchent des publics différents et les "taux de réussite" sont difficilement comparables. Selon les opérateurs, ce serait la qualité de la relation thérapeutique qui peut s'instaurer qui rendrait les pratiques curatives pertinentes. Ils ont des évolutions positives en moyenne équivalentes mais certaines offres de soins, observent-ils, sont plus adaptées que d'autres à certains publics.

Dans les deux pays, les traitements méthadone révèlent des enjeux particulièrement sensibles à différents niveaux politiques, économiques, idéologiques, médicaux et transfrontaliers.

L'aide substitutive a pris, dans la région hennuyère, une extension exponentielle. Des opérateurs s'inquiètent de voir les hypothèses métaboliques et neuro-endocriniennes s'implanter dans l'imaginaire de certains praticiens de première ligne, particulièrement actifs puisqu'ils prennent parfois en charge plus d'une centaine de patients.

Elles ont tendance à banaliser et à médicaliser les traitements méthadone ("C'est la même chose que l'insuline pour les diabétiques"), voire à disqualifier les autres offres de soins. L'aide substitutive peut permettre au soignant de faire émerger progressivement l'arrière plan du vécu immédiat et de se positionner comme une des mailles du réseau d'intervenants. Une approche médicale parcellisante, traditionnelle et spécialisée se positionnera comme toute-puissante et disqualifiera les approches non pharmacologiques.

Si la plupart des intervenants de première ligne soulignent l'intérêt de l'offre substitutive pour certains types de patients particulièrement désinsérés, ils estiment néanmoins que les rails de la substitution peuvent chroniquer les toxicomanies débutantes, qu'ils ne sont certainement pas une indication de première ligne à utiliser prioritairement, dans l'urgence et dans tous les cas de figure.

Ils mettent également en exergue une série de dérives: doses excessives, médications connexes contre-indi-

quées, prises en charge en sur-nombre, etc. Des opérateurs français signalent des abus connexes aux pratiques substitutives belges, ils soulèvent également une série de problèmes tels la différence de législation, le vide juridique et le défaut de cohérence des dispositifs transfrontaliers. Beaucoup craignent l'utilisation de la méthadone à des fins de contrôle social. Notons que certains opérateurs interviewés parlent d'environ 2500 patients français bénéficiant actuellement d'une prise en charge substitutive en Belgique.

Quant aux dispositifs de soins, le processus d'évaluation nous a permis de rencontrer et de comprendre l'intérêt d'approches curatives très diversifiées: psychothérapeutiques, psychosociales, socio-éducatives, substitutives ou non substitutives. Cette diversité associée à une capacité d'accueil suffisante semblent les seuls critères d'évaluation pertinents. Le dispositif doit pouvoir répondre à la variété des problématiques toxicomaniques et aux différentes étapes du parcours de soins et de réinsertion des personnes. Ce n'est manifestement pas le cas dans les régions de Ath, Lessines, Leuze et la botte du Hainaut.

D'une région à l'autre, les dispositifs se sont développés et articulés de façon différente. Trois états de lieux régionaux hennuyers réalisés dans le cadre de l'étude montrent des convergences et des différences régionales marquantes dans la façon d'appréhender les prises en charge ou l'accompagnement. Les différences transfrontalières sont également notoires, notamment en matière de prise en charge substitutive.

En Belgique, deux glissements institutionnels seraient à l'oeuvre: de la santé au sécuritaire et de l'aide générale à l'aide spécifique. De plus en plus d'acteurs psycho-médico-sociaux travaillent dans le cadre des plans drogues des contrats de sécurité des villes. L'importance des crédits qui leur sont octroyés a changé le paysage institutionnel. Nombre de nouvelles structures sanitaires spécialisées en toxicomanies s'ajoutent aux prises en charge déjà offertes par le dispositif de santé ou d'aide psycho-sociale. Il y a là une situation de conflits car des institutions jeunes et inexpérimentées

bénéficient de moyens fort importants au regard de structures dont la pertinence de travail était reconnue.

Des opérateurs craignent que le cofinancement tripartite des contrats (Intérieur, Région, Ville) ne crée dans l'avenir des dérives sécuritaires dans les modes de prise en charge. Plus généralement, la création ou le renforcement d'un dispositif spécifique aux toxicomanes pose aux intervenants des questions éthiques. La multiplication des prises en charges ciblées sur les personnes toxicodépendantes risque de créer inexorablement ce que d'aucuns appellent "un processus de ghettoïsation", une mise à l'écart supplémentaire d'une population déjà marginalisée et stigmatisée.

Le rapport souligne l'intérêt des approches thérapeutiques pluridisciplinaires qui mixent les publics, intègrent les usagers de drogues dans les structures d'aide du dispositif général existant et "décalent" la question de la prise de drogue. Le travail en réseau d'intervenants relais multisectoriels insérés dans les structures de santé et d'aide psycho-sociale permet une meilleure accessibilité, un accompagnement diversifié, global et continu.

Des recommandations

Dans le Hainaut l'étude promeut le financement, le renforcement ou le développement de certaines pratiques:

- la formation initiale et continue d'intervenants relais, l'animation de séances de travail en intervision ainsi que toute autre forme de concertation ou de travail en partenariat;

- l'accompagnement pluridisciplinaire en ambulatoire des femmes enceintes qui ont une problématique d'usage de drogues, des jeunes parents en difficultés et de leurs enfants;

- les projets socio-éducatifs qui développent une forme de clinique basée sur l'auto-organisation collective et peuvent, au cas par cas, offrir un accompagnement individualisé, dans le milieu de vie, aux jeunes adultes en difficultés;

- l'implication des familles, de personnes ressources proches des jeunes voire de "pairs aidants" dans le processus thérapeutique ainsi que le développement de l'approche ethnopsychiatrique;

- une meilleure accessibilité des usagers de drogues aux structures d'hébergement relais, aux appartements thérapeutiques, aux habitations sociales, aux programmes de formation en alternance qui proposent un stage rémunéré en entreprise;

- la prise en compte par les urgentistes des situations d'urgence médicale, psychiatrique et sociale liées aux assuétudes, un meilleur accès des usagers de drogues aux groupes thérapeutiques (hospitalisation de jour), la prise en charge résidentielle à long terme des personnes en substitution dont la toxicomanie camoufle une problématique psychiatrique;

- la réalisation d'enquêtes ethnographiques sur les terrains locaux pour mieux adapter l'offre de soins aux besoins des usagers.

Dans l'arrondissement de Lille, le rapport de recherche préconise:

- d'apporter une aide aux équipes en matière d'évaluation;

- d'augmenter les ressources globalement insuffisantes du dispositif de soins et de renforcer le dispositif résidentiel, l'accompagnement psychosocial et les systèmes d'insertion (logement, emploi, formation,...);

- d'améliorer la coordination des actions de première ligne, y compris au niveau transfrontalier, d'élaborer des actions en partenariat dans une perspective multisectorielle et pluridisciplinaire;

- de développer les réseaux naturels, les groupes structurés d'entraide et de support et les approches thérapeutiques groupales;

- de multiplier les approches en direction des familles (guidances, thérapies familiales et conjugales);

- d'intégrer des programmes de formation en toxicomanies dans les cursus de formations initiales et continuées proposées par les écoles de travail social.

Pascale Jamoulle, attachée de recherche, CPAS de Charleroi, et Nadia Panunzi-Roger, attachée de recherche, CRISIS-IRTS (Lille)

Le lecteur intéressé trouvera des développements plus exhaustifs dans le rapport d'évaluation de l'étude disponible sur demande. Tél. 19 32 71 29 25 17 (Belgique) - 00 33 20 62 53 95 (France)

Lu pour vous

Aliments, alimentation et santé

Que tous ceux qui, dans leur activité professionnelle, ont souvent à répondre à des questions concernant les aliments, leur composition, l'influence des traitements qu'ils ont subis, les relations entre nutrition et santé, se lèvent: voici un livre spécialement (et formidablement bien) conçu pour eux.

Le Groupe de Recherche en Education Nutritionnelle (GREEN) est une association française, consultante du Comité français d'Education pour la Santé. Son rôle est de favoriser l'information et la formation des professionnels de santé, ainsi que du public, dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition.

"La plupart des livres sur les aliments, les habitudes alimentaires, la nutrition, les relations entre alimentation et santé sont constitués de chapitres assez longs; ils ne correspondent pas toujours exactement aux besoins spécifiques de ceux qui ont à répondre, brièvement, à une question ponctuelle. En outre, dans de nombreux ouvrages, surtout les traités et les manuels, les informations pratiques sont précédées de longs développements de biologie, de physiologie ou de biochimie.

Nous avons souhaité apporter une aide à tous ceux et celles qui ne disposent pas de beaucoup de temps pour lire de longs chapitres, et qui cherchent surtout une réponse précise à une question précise. Ceci nous a conduits à prendre pour point de départ les questions qui sont le plus fréquemment posées, et à proposer une réponse sérieuse mais simple et concise (...)"

Les experts ayant participé à ce travail d'équipe (et de titan) sont tous médecins, pharmaciens, diététiciens,... Ils ont tous une expérience personnelle d'éducation, d'information, de dialogue, d'enseignement. Ils ont volontairement utilisé un minimum de termes techniques, ceux-ci étant expliqués dans un glossaire en fin de volume.

Chaque texte a été rédigé puis relu, complété, modifié par deux ou trois autres membres du GREEN.

Le résultat, c'est une "bible" reprenant 145 fiches, structurées en 10 chapitres. Voici un échantillon de questions posées aux auteurs.

Les viandes rouges sont-elles plus nourrissantes que les viandes blanches?



- Que penser du soja et des produits alimentaires issus du soja?
- Le café est-il mauvais pour la santé? Quels sont ses effets sur notre organisme?
- Qu'est-ce que la boulimie?
- Certains restaurants d'entreprise, ou cafétérias, proposent des menus "basses calories". Que faut-il en penser?
- Certains disent que les aliments en conserve ont perdu leurs vitamines. Est-ce vrai ou faux?
- Sur l'emballage de certains aliments (margarines par exemple), je vois écrit

Le sommaire

- Informations générales sur les aliments
- Les aliments et leurs composants utiles: les nutriments
- Les repas - Les comportements alimentaires
- Craintes - rumeurs
- Que signifie ce mot ou ce sigle?
- Technologies alimentaires - Conservation des aliments - Additifs
- Besoins nutritionnels - Besoins selon l'âge et l'activité
- Alimentation et santé - Troubles et maladies liés à l'alimentation
- Régimes - Alimentations particulières - Aliments allégés
- Salubrité des aliments - Information et protection des consommateurs

"acides gras essentiels". Je ne connais pas ces acides.

- Que sont les édulcorants de synthèse: la saccharine, les cyclamates, l'aspartame?
 - Est-il vrai que les femmes ont des besoins en fer nettement plus élevés que les hommes?
 - J'ai du cholestérol et cela m'inquiète.
 - Quelles sont les substances qui freinent l'absorption intestinale?
 - Que peut-on attendre des produits allégés?
 - Quelle prévention pour les salmonelles?
- et bien d'autres encore...

Si vous êtes intéressé par cet outil, un conseil: prenez-en soin, parce que nous pouvons vous assurer que vous l'utiliserez souvent!

GREEN, *Aliments, alimentation et santé*, Paris, Editions C.F.E.S./Tec&Doc Lavoisier, 1996, 440 pages, 200FF (disponible en librairie; également en vente à la Librairie Lavoisier, rue de Provigny 14, F-94236 Cachan Cedex).

Pour plus d'informations sur cette initiative: Groupe de Recherche en Education Nutritionnelle, Comité français d'Education pour la Santé, rue Auguste-Comte 2, F-92170 Vanves. ■

Le travail domestique de santé

Quand on vous parle de travail domestique de santé, à quoi pensez-vous? Aux soins infirmiers à domicile? A la visite du médecin généraliste? Ou encore à une nouvelle formule de travail à domicile?

Il ne s'agit de rien de tout cela. C'est bien plus simple et plus vaste.

Prenons un exemple que vient de m'offrir une collègue pendant que je rédige cet article. Nous avions une réunion prévue cet après-midi; elle me téléphone pour me dire qu'elle ne pourra y participer: un de ses enfants est malade, elle doit s'en occuper.

Il s'agit de travail domestique de santé c'est-à-dire de la prise en charge d'un épisode de maladie par un membre de la famille (ici en l'occurrence la maman).

Souvent, lorsqu'on parle de producteur de soins, on pense médecin, infirmière, hôpital... Ce que l'on oublie,

■ L'anesthésie expliquée aux enfants

Chaque année, en France, près d'un million d'enfants sont opérés. Plus que l'opération elle-même, c'est souvent l'anesthésie, ce sommeil spécial, qui inquiète enfants et parents.

L'association Sparadrap et la Fondation CNP se sont associées pour concevoir et éditer un livret sur ce sujet délicat, "Je vais me faire opérer. Alors, on va t'endormir!", dont l'objectif est d'informer et rassurer les futurs opérés.



Ce livret de 16 pages décrit dans un langage simple le parcours opératoire, depuis l'annonce de l'opération par le chirurgien jusqu'au retour de l'enfant dans sa chambre d'hôpital, en expliquant clairement le fonctionnement et le déroulement de l'anesthésie. Un livret à lire avec "son enfant sur les genoux", pour favoriser le dialogue entre enfants, parents et soignants.

Il poursuit un triple objectif:

- diminuer l'apprehension face à l'anesthésie en répondant aux principales interrogations des enfants et de leurs familles;
- donner les moyens de poser des questions pour devenir actif face à son opération;
- favoriser une relation plus positive entre enfant et soignants, qui facilitera la coopération.

Ce livret s'adresse à tous les enfants susceptibles d'être opérés et à leurs parents, mais aussi aux équipes hospitalières, aux pédiatres et à tous ceux que la santé des enfants concerne.

Il contient également un petit questionnaire d'évaluation portant non sur le document lui-même, mais sur l'ex-

périence vécue par l'enfant hospitalisé. De quoi récolter des informations qui permettent d'améliorer à l'avenir ce document déjà excellent.

Ce remarquable outil d'éducation du (jeune) patient a bénéficié du soutien de la Fondation de France et du concours du Comité Français d'Éducation pour la Santé et du Ministère du Travail et des Affaires Sociales. L'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française (A.D.A.R.P.E.F.) en assure la caution scientifique.

Disponible contre l'envoi de 3 timbres à 3 FF à l'Association Sparadrap, 92 Bd Diderot, 75012 Paris. ■

■ Médicaments et personnes âgées

Dans le cadre d'une campagne d'éducation pour la santé des seniors, l'Union Européenne des Pharmacies Sociales (Belgique, France et Italie) propose "Rester actif...", un mémo-santé sur le bon usage des médicaments.

Les personnes âgées étant comme chacun sait de gros consommateurs de médicaments, l'initiative est bienvenue.

Le document donne 14 conseils adaptés à toutes les circonstances et fournit un aide-mémoire détachable destiné à favoriser l'adhésion au traitement de personnes âgées devant prendre tous les jours plus de deux médicaments.

Il sera intéressant de vérifier d'ici quelques mois si cet outil aura pu être utilisé par beaucoup de patients.

Complémentaire au mémo-santé, les pharmaciens d'Ophaco ont reçu un dossier d'information sur le sujet composé de quatre chapitres: les aspects psychologiques du vieillissement; la physiologie des personnes âgées; le métabolisme des médicaments chez la personne âgée et l'augmentation du risque d'effets secondaires; des conseils pratiques liés à l'utilisation des médicaments.

Contact: Ophaco, route de Lennik 900, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/529.92.41. Fax: 02/520.29.92. ■

■ Une brochure à l'intention des jeunes filles

Le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes a réalisé une brochure expliquant les premières règles aux (pré-)adolescentes.

A quel âge commencent les règles, combien de temps dure la menstruation, comment on se sent pendant cette période, les perturbations des règles, les règles douloureuses, ou l'hygiène sont quelques-uns des thèmes abordés.



La brochure de 12 pages et l'affiche sont disponibles contre l'envoi de 2 timbres à 16 francs à l'adresse suivante: Infor Santé ANMC, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02.237.48.53. ■

■ Préservez votre capital santé

Le service Information et Education à la Santé des Mutualités Libres a mis en place un groupe de travail sur le thème des examens préventifs chez l'adulte, composé de représentants de plusieurs universités et organisations de recherche. Le résultat de leurs réflexions: une petite brochure reprenant dix conseils santé généraux et dix examens préventifs.

Si vous ne le saviez pas encore, il ne faut pas fumer, il faut manger modérément, ou encore, en cas de comportement sexuel "à risque" (?), il faut utiliser un préservatif. On peut s'interroger sur le rendement réel de ce genre de recommandations...

Mutualités Libres, service IES, rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles, tél. 02/778.92.11. ■

■ Synergies locales

La Commission locale de coordination en éducation à la santé qui couvre le secteur du Hainaut-Ouest (arrondissements de Tournai, Ath, Mouscron) est gérée par une convention passée depuis le 1er janvier 1991 entre la province du Hainaut et la FARES, suite à la réglementation qui organise le secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française.

La C.L.C. dépend de la province du Hainaut via l'Observatoire de Santé du Hainaut. Elle occupe les locaux de celui-ci à Tournai.

Dès 1985, l'Institut de Médecine Préventive et Sportive, actuel O.S.H., a mis en place un service d'éducation pour la santé développant des animations en milieu scolaire et des activités de sensibilisation d'adultes sous forme de conférences-débats à thèmes.

Synergie?

Depuis quelques mois, ce rendez-vous mensuel dans Education Santé est l'occasion pour les C. L.C. d'exposer leur démarche commune, ainsi que les facettes de leur travail au travers des missions qui leur ont été confiées.

Le volet "documentation" des C.L.C., la mise en place de projets et leur valorisation ont déjà été évoqués ici. Aujourd'hui, il sera question de synergies.

Les dictionnaires s'entendent pour dire de ce mot qu'il s'agit de l'association de plusieurs organes pour l'accomplissement d'une fonction.

Dans le cadre de travail d'une C.L.C., nous entendons par là "coordination autour d'un projet".

Continuité d'un projet

De nombreux contacts et rencontres avec des demandeurs nous ont démontré que tout projet à long terme est tributaire de la mobilisation d'un ensemble d'acteurs intéressés par celui-ci. C'est une condition indispen-

sable pour qu'un projet perdure et grandisse.

Difficile qu'il le fasse s'il est porté par une seule personne!

Exemple: pour que le projet d'un enseignant consistant en l'élaboration d'une action sur la sécurité dans son école puisse se concrétiser, il a tout intérêt à être élaboré en collaboration avec d'autres enseignants, des éducateurs, la direction, le comité des parents d'élèves, le personnel d'entretien,...

Il en va de même pour les projets d'éducation pour la santé à l'échelon local.

Dans ce cas, il ne s'agit plus de rassembler les membres d'une même institution, mais des organismes de terrain concernés par la thématique abordée.

Un exemple sur Tournai pour illustrer notre idée.

En 1992, quatre personnes ayant assisté à une formation du CEDIF (centre de documentation et d'information de la Fédération pour les plannings familiaux et éducation sexuelle) s'interrogent sur les actions menées dans la région dans le cadre de la prévention du sida.

Une première réunion est programmée par ce petit groupe de réflexion. On y invite divers services actifs en éducation pour la santé (plannings familiaux, services sociaux, A.M.O., PMS, IMS, CLC, CPAS, etc.).

Cette première prise de contact permet de réaliser que les personnes présentes sont désireuses de s'impliquer dans un projet de coordination des actions de prévention du sida dans la région.

La "coordination locale sida" est née.

Le groupe va se développer, s'adjoindre de nouveaux partenaires. Ceux-ci, outre leur travail particulier par rapport à des demandes centrées sur le sida, vont donner naissance à des initiatives locales d'envergure.

Ce seront un concert rock, une conférence pour le monde médical, une conférence pour les milieux ouverts, une animation de stands lors de manifestations locales, des actions orientées vers le grand public.

A l'heure actuelle, cette coordination est établie en A.S.B.L. (SIDAction) et gère les actions de prévention du sida dans le Hainaut Occidental.

Travail en commun

La mobilisation de partenaires suivant leur intérêt, leurs connaissances du sujet traité ou du public visé va de pair avec une mise en commun de leurs expériences, de leur vécu et de leurs compétences. Ce sont autant d'atouts pour enrichir les débats et diversifier les actions.

Favoriser ce genre de partenariat, de synergie est une des priorités des C.L.C.

C'est aussi une des conditions de la mise en place de projets durables de promotion de la santé.

Véronique Malfrère, Commission Locale de Coordination du Hainaut-Ouest.

Et pour suivre...

Depuis le numéro 101 d'octobre 1995, vous avez eu l'occasion de mieux apprécier le travail des Commissions Locales de Coordination. Nous tenons d'ailleurs à remercier les Commissions Locales de Coordination pour leur respect scrupuleux des échéances. Ce n'est pas toujours le cas...

La décentralisation étant un enjeu important du dispositif d'éducation pour la santé mis en place en Communauté française de Belgique, nous n'en resterons pas là.

Dès la rentrée, la rubrique 'Locale' recommencera, mais avec un contenu quelque peu différent.

La rédaction

Action médicaments à Mouscron

Consommer moins, consommer mieux

Durant presque deux ans, la Mutualité chrétienne de Mouscron a mobilisé ses services et mouvements autour d'une thématique: la consommation de médicaments. Cela a permis de développer un large projet d'éducation pour la santé comprenant sensibilisation, information, éducation, formation et action médiatique. Pour en parler, nous avons rencontré Béatrice Millet, responsable Infor Santé durant cette expérience et coordinatrice du projet.

Education Santé: "Ce projet 'médicaments' à la Mutualité chrétienne de Mouscron, d'où vient-il?"

Béatrice Millet: "Au départ, la Mutualité chrétienne de Mouscron souhaitait développer l'éducation pour la santé dans l'ensemble de ses mouvements et services. La finalité du projet était la prise de conscience par le public que la santé est un capital à gérer pour arriver à un changement de comportement des personnes."

Trois étapes pour consommer moins, consommer mieux

1. Conférence de Noël sur le thème des médicaments: action médiatisée qui a marqué le démarrage du projet.
2. Chaque association partenaire mène des actions spécifiques (sensibilisation, animation, formation, éducation).
3. Tri des pharmacies familiales et récolte systématique pour une action médiatisée et une évaluation des dépenses inutiles.

ES: "Pouvez-vous nous décrire le déroulement de ce projet?"

BM: "L'idée première étant de réunir les responsables des mouvements et services de la mutualité autour du thème "santé", nous avons donc commencé par échanger et travailler autour de nos représentations de santé.

Dans un deuxième temps, j'ai rencontré individuellement chaque perma-

Les partenaires et leur actions spécifiques

Association Chrétienne des Invalides et Handicapés:

- dans les sections locales, travail à partir des expériences personnelles;
- assemblée générale et conférence d'informations.

Aide Aux Malades:

- avec les bénévoles, travail sur le respect des posologies;
- avec les vacanciers, travail à partir des expériences personnelles.

Vie Féminine:

- avec les aînées, formation des responsables de groupes et animations dans les groupes;
- dans les autres sections, actions diverses.

Centre P.M.S. et Jeunesse et Santé:

- dans une école fondamentale: sensibilisation, informations et exposition sur les médicaments;
- création d'un dossier à l'usage des enseignants du fondamental.

C.M.D. et Aides familiales:

- formation des aides familiales;
- tri des pharmacies chez les personnes.

Jeunesse et Santé:

- avec les animateurs, formation au secourisme et à la gestion de la pharmacie de camp et plaine;
- avec les enfants, animations pendant les séjours et plaines de jeux;
- avec les jeunes familles, envoi d'un dépliant sur la pharmacie familiale.

Union Chrétienne des Pensionnés:

- articles dans le journal de l'association;
- information en assemblée générale;
- travail dans les amicales.

I.M.S.:

- pour les classes de 4e et 6e années primaires, animations à partir d'un montage diasp lors des visites médicales.

Service social:

- enquête concernant le budget "médicaments" auprès des usagers du service.

Service presse et promotion:

- communication et médiatisation des actions menées.

ment et chaque responsable pour discuter de leur public, de leurs actions, des thèmes qui les intéressent.

L'idée était de travailler ensemble sur un thème commun. Pour déterminer ce thème, chaque mouvement et service a cherché à répondre aux questions suivantes:

- quelles sont les représentations de santé de mon public?
- quelles sont les problématiques vécues?
- quels sont les indices qui m'ont permis de dégager ces thèmes?

Début mars, nous avons mis en commun cette recherche. Cela a permis d'aboutir au choix du thème commun, "la consommation de médicaments".

Les objectifs globaux étaient de:

- prévenir la surconsommation;
- favoriser le dialogue médecin-patient;
- répertorier et connaître les médicaments qui sont dans la pharmacie familiale;
- trier la pharmacie familiale.

Les responsables et permanents sont alors repartis dans leurs mouvements et services pour préciser leurs objectifs, leur public et leurs moyens.

Nous avons aussi travaillé ensemble ces questions pour aboutir à la programmation des activités communes et spécifiques. Durant cette même période, nous avons suivi des moments de formation autour de la thématique.

En juin 94, le programme était défini. De septembre à décembre, nous nous sommes consacrés à la préparation de nos actions.

En décembre 94, l'action vers le public a démarré. Notre traditionnelle conférence de Noël était consacrée au thème des médicaments. Cette action concernant un large public marquait le début des activités dans les services et mouvements (voir encadré).

En mars 95, nous avons organisé le tri des pharmacies familiales et la récolte des médicaments périmés et inutilisés. Le tout s'est clôturé par une conférence de presse.

ES: "Ce projet est un long périple, presque deux ans, et la phase préparatoire fut la plus longue."

BM: "Oui, c'est un travail en coulisse avec les responsables, pour se mettre au diapason, pour s'informer, se former, trouver le fil conducteur commun."

Elargir le champ, prendre la température dans les mouvements, retourner auprès du public, s'informer, apprendre à travailler ensemble, tous ces éléments demandent du temps et de la maturation.

Parfois aussi, je me demandais où on allait. C'est très large comme domaine et je n'y voyais plus très clair moi-même. Le rôle d'un accompagnement méthodologique, d'une supervision est primordial à ce moment-là.

J'ai pu trouver cet apport auprès du service Infor Santé de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et auprès de l'APES. Ce soutien-là est presque aussi important qu'un soutien financier."

ES: "Quelle évaluation pouvez-vous faire de ce projet?"

BM: "J'aurais aimé mené une évaluation plus approfondie mais entre-temps, j'ai changé de fonction."

Je pense que ce projet a créé une dynamique entre les mouvements et services.

Au niveau de l'action finale, la récolte de médicaments, l'aspect visuel était le plus marquant. Tous les médicaments récoltés étaient mis dans un "parc" à l'accueil de la mutualité. Les



Il n'est jamais trop tôt pour s'initier au bon usage du médicament!

personnes qui passaient étaient étonnées de voir tous ces médicaments et se posaient des questions. En fait, chacun apportait son petit paquet et cela débouchait sur quelque chose de collectif. Cela a permis de visualiser l'action.

Nous avons aussi tenté d'estimer le coût de ces médicaments inutilisés. Nous avons prélevé un échantillon de 0,1 m³ de médicaments. Le prix de chaque médicament de cet échantillon a été divisé en fonction du nombre de doses restantes. Nous obtenions ainsi le prix "gaspillé". Ce prix a été lui-même divisé en prix INAMI et prix patient en fonction de sa catégorie de remboursement.

Le résultat est saisissant: pour 0,1 m³, le montant gaspillé est de 45.072 FB dont 18.930 FB à charge de l'INAMI et 26.142 FB à charge du patient. Si l'on reporte ce chiffre sur l'ensemble des médicaments récoltés (+/- 3,5m³), on peut estimer la somme des médicaments gaspillés à 1.577.520 FB dont 652.558 FB à charge de l'INAMI et 914.962 FB à charge du patient.

Cela fait réfléchir!

Cette information est à compléter par les résultats de l'enquête menée par le service social. Cette enquête révèle qu'un tiers des ménages dépensent de 500 à 1000 FB par mois pour l'achat de médicaments, un autre tiers de 1000 à 2000 FB par mois et enfin, le dernier tiers dépense plus de 2000 FB par mois. Pour des personnes ayant un faible revenu, ces sommes peuvent peser lourd dans leur budget."

ES: "En-dehors de ces chiffres de gaspillage qui donnent le tournis, qu'est-ce qui vous a marqué dans ce travail?"

BM: "Pour moi, il y a eu quelque chose de formidable: tout de suite les mouve-

ments et services étaient preneurs du projet, bien que sachant que cela venait s'ajouter à leurs activités habituelles. Ce fut sans doute un élément essentiel dans la réussite du projet.

J'ai aussi compris l'importance de travailler sur le concept de santé, de confronter ce que les autres en pensent, ce que j'en pense. C'est important de ne pas s'éloigner du public, de ce qui l'intéresse. Demander l'avis du public n'est pas une dé-

marche facile à mettre en place. Mais le risque est grand de déraiper, de mener son projet personnel et plus le projet commun."

ES: "Que pensez-vous du rôle que vous avez joué dans ce projet?"

BM: "Pour moi, c'est positif. C'est une des seules fois où j'ai pu prendre le temps d'analyser, de rencontrer, de prendre du recul. Cela m'a fait réfléchir à la fonction de coordination de l'éducation pour la santé dans la mutualité. Je pense qu'il s'agit d'amener les gens à travailler ensemble, de créer des relais. L'éducation pour la santé est l'affaire de tous et ne doit pas être portée par une seule personne sinon cela reste ponctuel. C'est un débat global.

Cette fonction de coordination de l'éducation pour la santé est aussi un plus pour les responsables et permanents: ils ont une personne de référence qui permet de faire des liens, de travailler ensemble."

Propos recueillis par Bernadette Taeymans

Si vous voulez en savoir plus sur ce projet, vous pouvez contacter Béatrice Millet à Jeunesse et Santé Tournai, tél.: 069/25.62.67.



Le "parc" de médicaments inutilisés: bonjour le gaspillage...