

HIV+", le mercredi 16 décembre 1992 de 9 à 16 heures. Lieu: Salle "L'Arsenal", rue Bruno 11, 5000 Namur.

Renseignements: Agence locale de Prévention du Sida, Madame Catherine Bachy, rue Château des Balances 3 bis, 5000 Namur, tél. 081/22.24.22.

Inscriptions (date limite: le 1er décembre 1992): Service d'Etudes et de Documentation Sociales de la Province de Namur, Madame Pascale Frère, rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, tél. 081/73.55.54.

Formation

Dans le courant de 1993, l'équipe PROMES de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB organise trois modules de formation en promotion-éducation-santé.

Module 1: L'éducation du patient

11, 12 et 13 janvier
11 et 12 février 1993

Les enjeux de la relation soignants et patients, les modèles de relation et de communication, l'analyse des besoins, la construction de projets d'éducation structurés (théorie et exercices). Avec la collaboration d'Alain Deccache, directeur adjoint du RESO (éducation pour la santé) de l'UCL, conseiller scientifique du Centre d'Education du Patient à Yvoir et chargé d'enseignement en éducation du patient à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB.

Module 2: La santé des jeunes dans et autour de l'école

5, 6 et 7 avril - 4 et 5 juin 1993

Enjeux de l'éducation et de la promotion de la santé, analyse des besoins (des jeunes et des institutions), formations et supports existants, élaboration et analyse de programmes d'intervention. Avec la collaboration du CUNIC et d'Educa-Santé.

Module 3: La promotion de la santé

Du 6 au 10 septembre 1993

Concept et composantes de la promotion de la santé, méthodes d'intervention, analyse de situa-

tion, bases des interventions, spécificité de la promotion par rapport à l'éducation pour la santé et la prévention. Avec la collaboration du CUNIC et d'Educa-Santé.

Lieux:

Module 1: E.S.P. - U.L.B., route de Lennik 808, 1070 Bruxelles.
Modules 2 et 3: CUNIC, boulevard Général Michel 2 A, 6000 Charleroi.

Prix: 20.000 par module.

Renseignements: PROMES - Formation Promotion Education Santé, Danielle Piette ou Geneviève Houlioux, Ecole de Santé Publique ULB, CP 596, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.83.

Emplois - demandes

Souhaite travailler dans le domaine de l'éducation pour la santé. Formation: licence en sciences biologiques (zoologie), agrégation de l'enseignement secondaire supérieur, diplôme de biologie médicale tropicale, diplôme du Cours international sur les sciences de la nutrition et de l'alimentation. Disponible immédiatement.

Marie-Paule Lerude, rue du Centre 9, 5620 Flavion, tél. 082/68.82.01.

Licencié en communication et assistant social; parle couramment l'anglais, l'arabe et le berbère; domaine préférés: social et socio-culturel.

Mohamed Addhari, rue A. Hardy 63, 1300 Limal, tél. 010/41.18.29.

Kinésithérapeute (25 ans) possédant une formation complémentaire en promotion de la santé et en éducation pour la santé dans les pays en voie de développement (Université de Liège) désire s'investir dans les domaines de la communication, de la santé et de la gestion.

Isabelle Joslet, rue St Gilles 83, 4000 Liège, tél.: 041/23.39.14.

Changement d'adresse

L'Oeuvre Belge du Cancer déménage. Nouvelle adresse: rue Royale 217, 1210 Bruxelles. Tél.: 02/225.82.11.

Echange de stagiaires

Comme contribution au développement d'une Europe sociale, le Commissariat général aux Relations internationales de la Communauté française de Belgique (CGRI) encourage l'échange de stagiaires dans les domaines de la politique sociale et de la santé.

Cette action vise à diffuser et renforcer l'image de marque de la Communauté française, dans les secteurs précités, au niveau des pays membres des Communautés européennes, ainsi que de la Suisse et des pays d'Europe centrale et orientale.

Ce programme, en vigueur depuis cette année, donne la possibilité au personnel des CPAS, écoles sociales, écoles d'infirmier(e)s et de para-médicaux, centres de santé, services publics et associations reconnues par la Communauté française, de découvrir une expérience originale existant à l'étranger, de faire connaître à l'étranger une expérience originale existant en Communauté française ou de développer un projet commun avec un partenaire étranger.

Les demandes pour 1993 (1er semestre) devront parvenir au CGRI pour le 25 novembre 1992 au plus tard.

Les formulaires de candidature, ainsi que l'ensemble des conditions de participation sont disponibles au Service santé et affaires sociales du CGRI, avenue Louise 65/9, 1050 Bruxelles. **Pierre Tonneau**, Premier conseiller (02/535.67.31) et **Marc Kohén**, Chef du service (02/535.67.33) se tiennent à votre disposition pour toute information complémentaire.

EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION POUR LA SANTÉ DANS LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE

MENSUEL (NE PARAÎT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) NOVEMBRE 1992 ISSN 0776-2623

72

Le tabac hors-la-loi

Réflexions

L'analyse causale en éducation nutritionnelle, par *Michel Andrien*, p.4

Cholestérol et prévention primaire, par *Patrick Trefois*, p.8

Initiatives

La santé des jeunes Belges: différences Nord-Sud, par *Danielle Piette*, p.11

Morbidity, pour savoir où trouver des données grâce à votre PC, p.12

Namur sans tabac, par *Axel Roucloux* et *Luc Schreiden*, p.13

Vu pour vous

Echos du Festival Vidéo Psy, par *Fabienne Kaeses* et *Eric Vandersteenen*, p.33

Prévention sida

Evaluation du bus de la prévention, par *Marianne Prévost* et *Christine Etienne*, p.35

Documentation

Le travail c'est la santé!, par *Alain Goossens*, *Yvette Gossiaux* et *Maria-Antonia Bertrand*, p.38

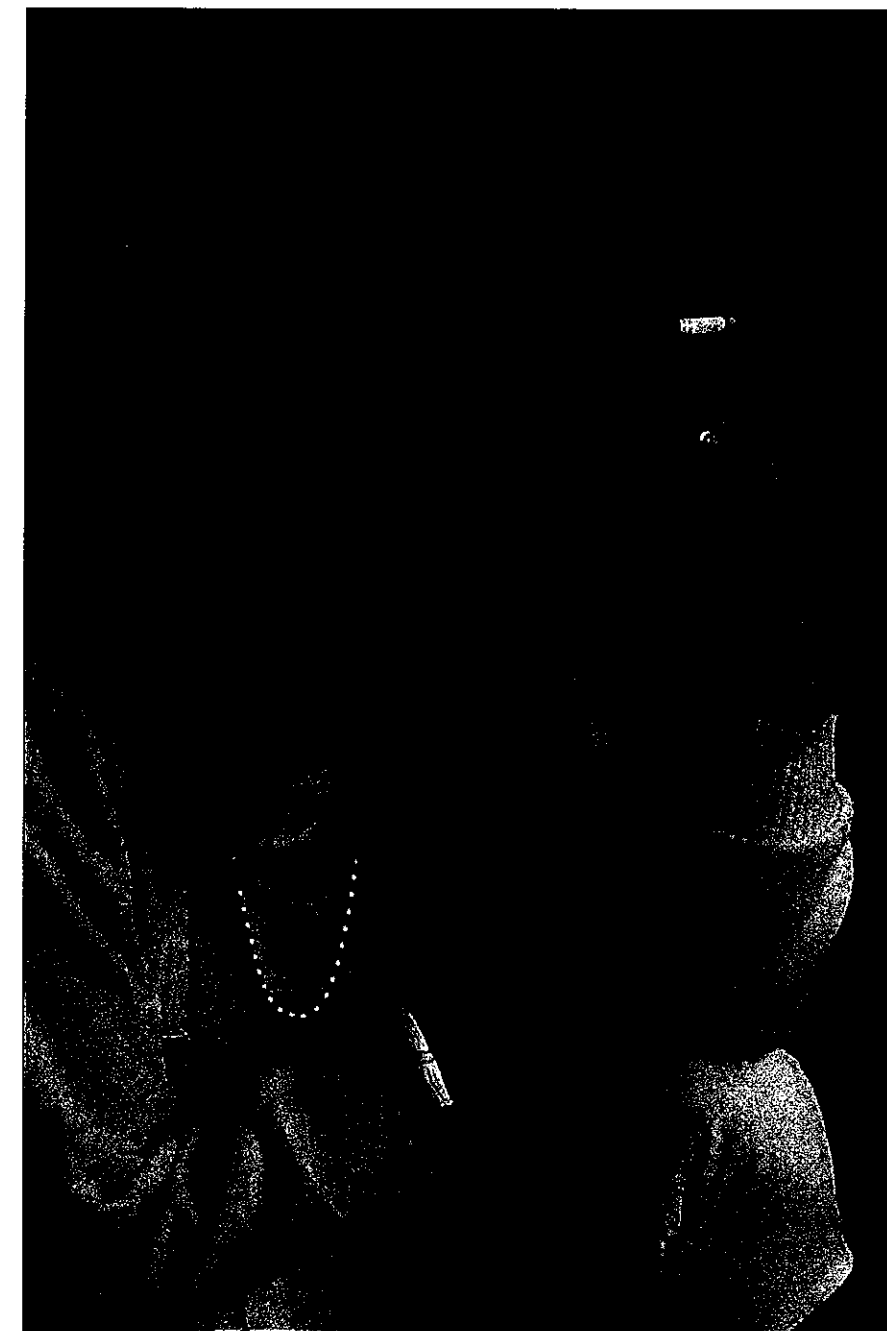


photo Zafar

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



Notre supplément du mois
La prévention du sida
pour les jeunes et par les jeunes

La pub pour le tabac, c'est fini

Au moment où le Ministre de la Santé Publique, de l'Environnement et de l'Intégration sociale, Laurette Onkelinx annonce son intention d'interdire totalement (en 1995) la publicité pour le tabac et les produits gravitant autour des marques de cigarettes, nous apportons avec "Publicité et tabac" un élément au dossier. Nous n'oublions pas non plus l'incidence économique du secteur, qui peut conduire la Communauté Européenne à des politiques contradictoires quand elle alloue des aides très importantes à la culture du tabac tout en promouvant par ailleurs le programme "L'Europe contre le cancer".

Toujours sur le même sujet, mais plus positivement, Axel Roucloux et Luc Schreiden nous parlent de l'ambitieux projet de Namur, qui s'inscrit résolument dans la chaîne européenne des "villes sans tabac".

La prévention du sida auprès des jeunes est une fois de plus aussi au centre de nos préoccupations, puisque d'une part nous lui consacrons notre supplément du mois, avec le suivi et l'évaluation d'un programme du SIPS, et que d'autre part la rubrique "Prévention sida" présente quelques éléments d'évaluation du bus de la prévention, qui a sillonné le sud du pays pendant les grandes vacances.

La santé des jeunes est un sujet d'une importance évidente, et pour lequel nous disposons de données régulièrement actualisées grâce à l'enquête OMS menée dans 12 pays. Cette enquête a été réalisée pour la première fois dans toute la Belgique en 1990. De quoi se livrer (avec prudence) à un subtil jeu de comparaison plutôt à la mode par les temps qui courent...

Dans "Cholestérol et prévention primaire", Patrick Trefois s'interroge sur le consensus officiel (Communauté française) en prévention cardiovasculaire. Une lecture tonique quelques jours après l'annuelle "Semaine du coeur" orchestrée par la Ligue Cardiologique Belge.

Au sommaire aussi, une présentation de la méthode d'analyse causale. Après avoir lu le texte de Michel Andrien et consorts, vous ne pourrez plus vous en passer!

En y ajoutant nos rubriques habituelles, cela vous fait quelques heures de lecture en perspective...

Christian De Bock.

Echange de stagiaires

Vous avez envie de partager votre expérience en éducation pour la santé avec des partenaires étrangers ?

Le CGRI peut vous aider.

Pour en savoir plus, lisez l'encadré en page 48...

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Robert Bontemps.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Robert Bontemps, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.400 exemplaires.

Diffusion: 2.100 exemplaires. ISSN: 0776-2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. 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: 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Ont collaboré à ce numéro: Michel Andrien, Maria-Antonia Bertrand, Robert Bontemps, G. Bradfer, Christine Etienne, Alain Goossens, Yvette Gossiaux, Michèle Guillaume, Fabienne Kaeses, Bernadette Lambrechts, Danielle Piette, Marianne Prévost, Axel Roucloux, Luc Schreiden, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Allergie Rossignol

5 novembre 1992

Conférence-débat sur la "Prévention des allergies dans la petite enfance", par Madame Van Steen, secrétaire de la Fondation pour la Prévention des Allergies, et Monsieur Feroumont, inspecteur principal, chef de service à l'Inspection des denrées alimentaires. Cette activité a lieu dans le cadre de la formation des gardiennes du Baby Service d'Arlon/Librumont. Cela se passe à 20 h. au centre culturel, rue C. Joset., P.A.F.: 100 FB.!

Renseignements: Mme Calembert (063/21.81.65), Mme Flamion (061/22.22.38), CLC Luxembourg (084/31.31.39).

Mal de dos Nivelles

du 14 au 20 novembre 1992

Semaine du dos, organisée par la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon. Public visé: grand public et professionnels des soins (infirmiers et aides familiales et seniors).

Samedi 14.11.92: Ecole du dos, par le Dr François, rhumatologue à l'Hôpital Militaire de Bruxelles, et Mme Bruno, kinésithérapeute.

Lundi 16.11.92: technique Mézière, par M. Vrancken, spécialisé dans les médecines douces.

Mardi 17.11.92: manutention et aides techniques, par J. de Fays, responsable de Solival-région wallonne, J. Mathy, ergothérapeute à la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies, et C. Debroix, chargée de cours de manutention à la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies.

Mercredi 18.11.92: le massage sensitif et le shiatsu, par A.F. Mespouille, praticienne en massage.

Judi 19.11.92: gymnastique tonique, étirements, relaxation, par M. André, kinésithérapeute, Solival Brabant wallon.

Vendredi 20.11.92: le Tai ji quan, par E. Renaut. La semaine du dos aura lieu au 58 boulevard des Archers, 1400 Nivelles. Les séances commencent à 18h30. La participation est gratuite.

Renseignements et inscriptions: Solival, 54 boulevard des

Archers, 1400 Nivelles, tél. 067/21.21.21.

Maladie Montignies s/Sambre

17 novembre 1992

"La sciatique", conférence tout public, à 19h30, à l'Espace Santé, avenue de la Crèche 13, 6061 Montignies s/Sambre. Organisateurs: l'Echevin Aimée Biernaux et l'Union des anciens de l'ULB.

Renseignements: 071/27.98.11.

Service de santé Bruxelles

17-18 novembre, 8-9 décembre

"La relation, un outil de soin": séminaire de 4 jours (2ème série) consacré à la gestion des processus de communication en milieu hospitalier. Public-cible: cadres hospitaliers et personnel soignant.

Lieu: Ecole de Santé Publique, Campus Erasme ULB, 1070 Bruxelles. Prix: 9.200 francs pour les 4 jours formant un tout. Renseignements: Mme Bastien de 9 à 11 heures au 084/31.21.83, Mme Schumacher sur répondeur au 084/31.43.53.

Assuétudes Bruxelles

19 novembre 1992

"Solidarité et prévention des dépendances": soirée d'information tout public, à 20 heures. Organisateur: les groupes du Pélican.

Lieu: rue de l'Abricotier 3, 1er étage, 1000 Bruxelles. Renseignements: Le Pélican, tél. 02/502.08.61.

Couple Charleroi

25 novembre 1992

"Choix de névrose: avatars de conjugalité", conférence-débat sur le thème de "la clinique du couple", par B. Lapy, psychiatre et psychanalyste. Organisateurs: Centre de consultations conjugales et familiales et Association Freudienne de Belgique. Public visé: couples et spécialistes de consultations conjugales, étudiants dans le domaine.

Lieu: Maison de la Culture, boulevard Audent 29, 6000 Charleroi

(20 heures). Inscriptions: 200 francs (étudiants: 100 francs). Renseignements: 071/32.88.44.

Drogue Bruxelles

30 novembre 1992, janvier, février, mars 1993

Module de formation à destination des équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire. 4 séances d'une demi-journée chacune: les jeudis 21 janvier, 4 février, 18 février et 4 mars 1993, de 9h30 à 12h. Date limite d'inscription: le 30 novembre 1992. Coût: 3.000 francs.

Infor-drogues, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.52.52, fax 02/534.42.52.

Coeur Bruxelles

2 décembre 1992

Le Club Européen de la Santé organise une journée d'études sur la prévention des maladies cardio-vasculaires. Cela se passera au Grand Auditorium, rue de la chancellerie 1, 1000 Bruxelles, de 9 à 17h.

Au programme de la journée: Introduction (P. Recht) et Aspects de santé publique en Europe après 1992 (A. Berlin); Importance du problème en Belgique (M. Kornitzer), Principaux facteurs de risque (M. Kornitzer, G. Rorive, C. Brohet, J. Sporcq); Aspects alimentaires (C. Fischler, J-P Willaert, M. Paquet, M. Fondu, table ronde "Comment changer les habitudes alimentaires"); Conclusions (L. Heuskin).

Pour tout renseignement: Madame Schicks, service éducation pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique, chée de Vleurgat 84, 1050 Bruxelles, tél.: 02/645.46.62.

Sida Namur

16 décembre 1992

L'Agence de Prévention du Sida et l'a.s.b.l. Namur Entraide Sida organisent en collaboration avec le Service d'Etudes et de Documentation Sociales de la Province de Namur, une journée d'étude intitulée "Le personnel de santé et le patient à infection

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, 3ème étage. Le centre est ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi uniquement sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

Audiovisuel

ACCIDENT DOMESTIQUE

● Des chemins sans risque dans la maison, I.E.I.A.S., Marcinelle, 1991, VHS 21 min., acd14

MALADIE INFECTIEUSE

● BOUJENAH P., Attention Sida!, diff. Agence Prévention Sida, Bruxelles, VHS 16 min., pin01

● NOBELS C., Love l'idée, Infor Sida / Unité Psychologie Médicale UCL, Bruxelles, 1991, 300FB, VHS 32 min., pin02

● Dilemmes, Agence Prévention Sida / Infor Sida, Bruxelles, 1992, 300 FB, VHS env.30 min., pin03

SANTE

● RONDIA K., Santé, RTBF / Femmes d'Aujourd'hui, 1992, 895FB, VHS 70 min., san01

Livres

ACCIDENT DOMESTIQUE

● MOTTE E., et al., Parlons sécurité à l'école. Méthodes psychopédagogiques à l'usage des écoles primaires, Croix-Rouge de Belgique service Education pour la santé, Bruxelles, 1992, 150p., dossier pédagogique, acd21

ALIMENTATION

● L'école par le menu. Méthodes et pratiques en éducation nutritionnelle, Ecole Nationale de Santé Publique / Fondation française sur la Nutrition / Groupe de Recherche en Education Nutritionnelle, Rennes/Paris, 1989, 359p., 150FF, actes colloque, ali64

● BILLENS S., ...La santé sans pépin. 2ème éd., Centre d'Etudes et de Documentation Sociales Province du Brabant, Bruxelles, 1992, 28p., brochure, ali65

● Education nutritionnelle, Comité Médico-Social pour la Santé des Migrants, Paris, 1991, Migrations Santé, 50FF, revue, ali66

● BAIJOT C., CLOSSET A., MARTIN F., et al., Le petit déjeuner malin - Dossier du maître, ICAN / Question Santé / Kellogg's, 1992, 47p., dossier pédagogique, ali67

ENFANT

● La réussite scolaire de l'enfant et de l'adolescent. Conférence-débat du 10.01.1992, Croix-Rouge de Belgique service Education pour la santé, Bruxelles, 1992, 58p., exposés, vie39

MALADIE INFECTIEUSE

● Sida. Les faits. L'espoir. 7è éd., Institut Pasteur, Paris, MED-Edition, 1992, 64p., 38FF, pin32

● Manuel d'utilisation du coffret pédagogique sida. Programme de prévention auprès des jeunes, Agence Prévention Sida, Bruxelles, 1992, dossier pédagogique, pin33

● Dossier sida, Sciences et Vie, HS179, 06/92, 160p., 180FB, revue, pin34

PERINATALITE

● Deuils et naissance, Office de la Naissance et de l'Enfance, Bruxelles, 1992, L'Enfant, 200p., 300FB, revue, vib16

SELF HELP

● FRIEDLOB S., SIEGEL J., adapt. franç. DELEU G., Comment créer un club d'entraide avec des personnes souffrant de psychoses chroniques, Socrate Réhabilitation, Marchienne, 1992, 61p., 875FB, ssh01

SERVICE DE SANTE

● FIZAINE H., Soigner en deux langues - Ziekenverpleging en twee talen, Bruxelles, Ed. De Boeck, 1991, 307p., 850FB, guide NI/Fr, ssa56

SOMMEIL

● Sondage sur les attitudes et comportements en matière de sommeil auprès d'un échantillon

représentatif de la population belge, Question Santé, Bruxelles, 1992, 50p., enquête, smr27

Matériel

ACCIDENT

● A votre travail ou chez vous, vous utilisez des produits chimiques, C.R.A.M. Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (F), 1991, dépliant, accl0

● Ca tue, ça empoisonne, ça ronge, ça pique, ça flambe, ça fait flamber, ça explose. Apprenez à décoder l'étiquette, C.R.A.M. Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (F), 1991, autocollant, accl1

● Moi, dans mon entreprise, des produits chimiques, y'en a pas...ou si peu! Campagne de prévention sur l'étiquetage des produits chimiques, C.R.A.M. Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (F), 1991, dépliant, accl2

● Produit méchant. "Pour m'appriivoiser, lisez l'étiquette", C.R.A.M. Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (F), 1991, autocollant, accl3

● Prévenir les risques du métier "Pour m'appriivoiser, lisez l'étiquette", C.R.A.M. Nord Picardie, Villeneuve d'Ascq (F), 1991, revue, accl4

ACCIDENT DOMESTIQUE

● Parlons sécurité à l'école, Croix-Rouge de Belgique service Education pour la santé, Bruxelles, 1992, affichettes - fiches - jeux, acd24

● JAUNIAUX E., RENARD R., Home sweet home? Prévention des chutes chez les personnes âgées - Guide de l'animateur, Infor Santé Mutualité Chrétienne Brabant wallon / UCP Brabant wallon / Education Santé, Bruxelles, 1992, 15p., 30FB, dossier pédagogique, acd25

● JAUNIAUX E., RENARD R., Home sweet home? Comment éviter la chute à domicile, Infor Santé Mutualité Chrétienne Brabant wallon / UCP Brabant wallon / Education Santé, Bruxelles, 1992, 11p., 20FB, brochure, acd26

Prévention des drogues

Les trois communautés ensemble

A l'heure d'une rentrée politique plutôt agitée sur le plan communautaire, voici un témoignage rassurant de coopération intercommunautaire en matière de prévention drogues et d'épidémiologie.

Constituée en novembre 1990, la CCI, Commission de coordination intercommunautaire est une commission de coordination entre nos trois communautés francophone, flamande et germanophone. Cette commission travaille sous la responsabilité des trois ministres compétents: Mesdames De Galan et Detiège et Monsieur Lambertz. La présidence pour l'année à venir sera assurée par Madame Detiège.

Lors d'une conférence de presse organisée à Eupen le 4 juin 92, Monsieur Karl-Heinz Lambertz, ministre de la communauté germanophone et président sortant de la CCI, présentait les conclusions d'une année de travail.

Il a mis en évidence la nécessité: - d'accentuer le caractère global indispensable à la prévention; - de souligner l'importance de la prévention auprès et par les adultes en général, les parents en particulier;

- de révéler que la prévention des assuétudes en milieu scolaire ne porte ses fruits que si elle se développe dans une atmosphère humaniste soutenue par une pédagogie participative; - d'encourager la création d'associations internationales visant à favoriser l'échange d'expériences, sources de sentiments de solidarité et de gain d'énergie.

Dans un proche avenir, les efforts concertés des trois com-

munités sous la responsabilité des ministres compétents vont se manifester lors de la semaine européenne de prévention des drogues qui aura lieu du 16 au 22 novembre 1992. La manifestation-clé en sera un colloque intercommunautaire sur les relations des médias avec les professionnels de la prévention, dans le but d'arriver à une gestion plus constructive de cette thématique.

Par ailleurs, dans son intervention, Magda De Galan soulignait sa préoccupation pour les personnes: "Ce qui nous préoccupe ici (...) ce sont les personnes concernées soit parce que victimes elles-mêmes, soit parce que faisant partie de l'entourage de toxicomanes, soit enfin parce qu'aménées à les prendre en charge ou à gérer les problèmes de ceux-ci. C'est pour toutes ces personnes que des politiques doivent être installées, en tenant compte de leurs singularités. Ces politiques requièrent les instruments indispensables que sont la concertation et la coordination à la fois des décideurs entre eux, des intervenants entre eux et entre décideurs et intervenants".

Epidémiologie

Dans le cadre de cette commission existe aussi depuis bientôt deux ans un groupe de travail "Epidémiologie". Ce groupe est composé d'experts des différentes universités du pays. L'objectif est de disposer à moyen terme d'instruments communs pour le recueil épidémiologique en matière d'assuétudes en Belgique. Pour ce faire, le groupe "Epidémiologie" a approfondi

trois voies:

1. Définir un ensemble limité d'items qui puisse être appliqué à toutes les catégories de population, pour obtenir des informations sur la consommation de substances psychotropes. Il sera demandé aux pouvoirs subsidiaires les enquêtes de stimuler les centres d'études et de sondage à intégrer cet ensemble limité d'items dans leur protocole.

2. Etudier les possibilités de comparer les données recueillies par les systèmes qui visent à enregistrer les contacts des patients avec le système de santé. Les principaux systèmes expérimentés dans chacune des trois communautés ont été passés à la loupe.

3. Déterminer la procédure à adopter pour la publication du rapport de synthèse épidémiologique 1991-1992. Dans la mesure où le groupe "Epidémiologie" ne peut sélectionner parmi les statistiques officielles actuellement disponibles cinq indicateurs fiables, facilement interprétables et pertinents pour la définition de stratégies de prévention, il recommande de publier tous les deux ans une compilation des statistiques existantes, assortie de commentaires critiques, à seule fin d'information.

Une priorité a retenu l'attention du groupe: il s'agit de l'élaboration d'un système de surveillance c'est-à-dire d'un instrument qui permette de suivre de près l'évolution de la problématique, de définir des politiques et d'orienter les programmes communs de prévention.

Voici un premier aperçu de la CCI et de son travail. Nous y reviendrons plus en détails dans un prochain numéro consacré à la prévention des toxicomanies.

Education nutritionnelle et analyse causale

L'exemple du "Petit Déjeuner Malin"

Le diagnostic nutritionnel

Avant de se lancer dans une action visant à résoudre un problème nutritionnel, nous devrions toujours nous interroger sur les causes de ce problème.

Cette affirmation triviale est sans cesse démentie dans la réalité de l'éducation nutritionnelle. Nombre d'actions éducatives sont entreprises sans référence à une analyse des causes du problème qu'elles prétendent affronter.

La reconnaissance d'une nécessaire phase d'analyse, comme préalable à toute action, est pourtant largement partagée dans les milieux de la recherche en éducation pour la santé. Mais de la théorie à la pratique, il semble subsister un fossé qu'il n'est pas toujours aisé de franchir.

L'un de nos maîtres à penser, Lawrence Green, a accordé au diagnostic une place si importante, dans la planification de l'éducation pour la santé, qu'il a donné à son approche le qualificatif de "diagnostique" (1).

S'enchaînent ainsi, selon lui:

- un diagnostic épidémiologique et social, qui permet d'identifier et de caractériser les problèmes de santé;
- un diagnostic comportemental, qui permet de distinguer les facteurs comportementaux de ceux qui ne le sont pas;
- un diagnostic éducatif, qui permet d'identifier les facteurs explicatifs des facteurs comportementaux (facteurs prédisposant au comportement, facteurs facilitant et facteurs renforçant ce comportement);
- un diagnostic administratif, qui permet d'identifier les composantes éducatives des programmes de santé en cours.

Le diagnostic nutritionnel correspond en partie au diagnostic épidémiologique et au diagnostic comportemental. C'est le préalable de toute intervention nutritionnelle, en particulier d'une intervention d'éducation nutritionnelle.

En quoi consiste le diagnostic nutritionnel?

Il s'agit d'abord de définir clairement le problème nutritionnel, de cerner les groupes à risque et de récolter les indicateurs d'incidence et de prévalence du problème dans chacun de ces groupes. Ce n'est pas de cette étape du diagnostic qu'il sera question ici.

Dans un second temps - et nous allons nous intéresser à cette étape -, il s'agit de rechercher les facteurs qui influencent le problème nutritionnel et d'identifier, parmi ceux-ci, les facteurs comportementaux. Ce sont ceux qui intéressent le plus l'éducateur et le communicateur, puisque c'est sur ces facteurs comportementaux qu'ils peuvent espérer exercer une influence positive. C'est l'étape d'analyse causale.

L'analyse causale

Confrontés aux graves problèmes de malnutrition par carence, les nutritionnistes travaillant dans les pays en développement ont élaboré des modèles d'intervention qui leur permettaient d'être efficaces au moindre coût.

Ivan Beghin, professeur de nutrition à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, a mis au point avec son équipe une méthode d'analyse des problèmes nutritionnels qui a fait l'objet d'applications en Amérique latine, en Afrique et en Asie (2). Cette méthode consiste à élaborer en équipe un modèle explicatif du problème nutritionnel. Elle présente beaucoup d'intérêt pour la planification des interventions éducatives.

Chaque modèle n'est en fait qu'un modèle hypothétique. Il sert de cadre conceptuel commun à l'équipe de mise en oeuvre d'une intervention nutritionnelle. Ce modèle évolue, tant il est vrai que la compréhension d'un problème nutritionnel s'affine au cours de la réalisation d'un projet.

Un tel modèle aide à la décision: il permet de choisir les facteurs sur lesquels l'intervention va concentrer ses efforts. Il aide l'éducateur à relativiser la portée de son action: à côté des facteurs sur lesquels il peut espérer exercer une influence, il existe une multitude de facteurs qui échapperont à son contrôle. L'analyse

causale rend l'éducateur plus modeste dans ses ambitions de changement. Elle lui fait percevoir la nécessité d'une collaboration intersectorielle.

Au moment de l'évaluation, l'analyse causale conduit les responsables du projet ou du programme à nuancer les résultats en tenant compte de plusieurs types de facteurs: ceux que l'on voulait modifier et que l'on a effectivement réussi à modifier, ceux que l'on voulait modifier et qui ne l'ont pas été (ou alors dans le mauvais sens) et ceux qui ont échappé à notre action (les plus nombreux).

L'analyse causale se réalise en équipe, car un intérêt de la méthode est d'unir l'équipe autour d'une vision commune du problème nutritionnel. Elle aboutit à la construction d'un arbre où les facteurs s'ordonnent de haut en bas, des causes les plus proches aux causes les plus éloignées. Cette représentation graphique devient un outil de communication au sein de l'équipe.

Un essai de la méthode: à propos du petit déjeuner

Le comité scientifique de Question Santé a essayé d'appliquer la méthode dans le cadre du projet "Petit Déjeuner Malin", avec un certain succès si l'on en juge d'après les premiers résultats.

Quatre membres de ce comité, signataires de cet article, ont consacré une journée de travail à l'analyse des facteurs qui influencent la prise quotidienne d'un petit déjeuner équilibré par les enfants de huit à dix ans dans la Communauté française de Belgique.

Le résultat obtenu ne doit pas être considéré comme une vision définitive du problème. Bien au contraire: d'abord, ce modèle hypothétique n'a de valeur que pour l'équipe qui l'a construit; ensuite, il ne fait pas de doute que ce modèle se verra modifié au cours de la réalisation du projet. Il a en tout cas déjà permis à l'équipe de Question Santé de mesurer la relativité de son intervention sur le problème nutritionnel envisagé.

Islam et sexualité

Pour rester dans le domaine de la santé et des cultures, voici le neuvième numéro des dossiers "En Question" du CEDIF. Ce numéro comprend les actes du colloque "Islam et sexualité" qui s'est déroulé le 14 mars 1992.

Dans l'ouverture, Martine Dal, sociologue et responsable de formation au CEDIF, exprime une réflexion qui précise l'intérêt d'un tel colloque: "En questionnant "Islam et sexualité", nous voulons soutenir les personnes qui vivent un changement culturel, en reconnaissant l'autre et nous-mêmes. Le monde musulman nous questionne et nous renvoie à notre propre complexité."

Les interventions reprises dans la brochure sont les suivantes:

- "Rôles féminins et masculins dans l'islam" par F.Nahavandi;
- "La sexualité en islam" par M.Romdhani;
- "Identité sexuelle des jeunes et immigration" par L.Houari;
- "Perception de la sexualité dans la culture turque" par A.Gailly;
- "L'éthique sexuelle de l'islam" par A.Charbonnier;
- "Islam écrit, islam vécu, islam imaginaire" par M.Hamzaoui;
- "Le jardin parfumé" par K.Zaman.

On y trouve aussi la synthèse des ateliers, la conclusion du colloque et quelques lectures en bref.

Une brochure pour voyager au coeur et au corps de l'islam, sûrement, mais aussi en nous-mêmes!

Islam et sexualité, CEDIF, 1992, En Question, 63 p., 150 FB. ■

La plainte et la réponse à la plainte

La Fédération des maisons médicales et centres de santé francophones vient de publier les actes du colloque sur la plainte, colloque qui s'est déroulé au mois d'octobre 91.

Voici les axes auxquels les intervenants ont accordé leur attention:

- la plainte: sens et représentation;
- la plainte: expression et approche communautaire;
- la plainte objectivée;
- la plainte: expression sociale et culturelle;
- de la réponse...

Grâce à cette publication, la Fédération des maisons médicales nous présente un recueil des moments et interventions qui ont marqué ces trois jours de réflexion. rue du Louvre, ? 75 001 Paris, tél. 42 33 29 73

Sans que cela apparaisse de prime abord, le lecteur averti pourra y trouver des éléments intéressants l'éducation pour la santé. Deux des axes - expression et approche communautaire; expression sociale et culturelle - apportent des éléments concernant l'approche et la compréhension de populations spécifiques. Pour nourrir votre réflexion, n'hésitez pas à le consulter.

Fédération des maisons médicales et centres de santé francophones, chaussée de Waterloo 255 bte 12, 1060 Bruxelles. Tél.:02/534.44.46, fax 02/534.20.97.■

Sentiments, sexualité, sida Qui nous dira la vérité?

Ce livre se présente sous forme de 60 questions-réponses entre des jeunes et un animateur. Le texte est clair et précis. On y parle de sida, d'homosexualité, de fécondité, de virginité et de masturbation. L'homosexualité y est présentée comme une perversion sexuelle et on y apprend comment détecter les périodes de fécondité de la femme pour maîtriser les naissances mais on n'y parle pas de contraception.

Les informations ne sont pas fausses mais elles sont sélectives et sont liées à des valeurs implicites. Ce livre décrit LA vérité pour certains (catholiques sans doute) mais la vérité n'est pas la même pour tout le monde. Il pro-

pose un modèle de comportement, mais permet-il seulement au jeune de trouver simplement sa vérité?

Ce livre est réalisé par l'"Ecole de la vie et de l'amour", par des équipes de parents et d'enfants sous la direction du Professeur H.Joyeux.

ECOLE DE LA VIE ET DE L'AMOUR, Sentiments, sexualité, sida, Paris, Ed. O.E.I.L., 1990, 74 pages, 40 FF. ■

Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale

Sous cet intitulé imposant, nous pouvons trouver le contenu d'une recherche toute aussi imposante réalisée par Lydwine Verhaegen à la demande des Ministres de la santé de la Commission communautaire commune de Bruxelles-capitale, Messieurs Chabert et Thys.

Ce document comprend trois parties:

- un descriptif des structures existantes (hospitalières principales) avec une analyse de l'offre et une analyse de la clientèle;
- un recueil de données et leur analyse concernant les services de santé mentale - c'est dans cette partie que se retrouve la prévention;
- une partie exclusivement consacrée à la démence sénile, problème de santé publique important pour la population vieillissante de la région bruxelloise.

Pour ceux qui s'intéressent aux problèmes de santé mentale, ce document est une mine d'informations sur la situation bruxelloise. De plus il s'attarde au problème de la démence sénile et à ses possibilités de prise en charge.

Les interventions de prévention et d'éducation en santé mentale ne sont pas légion mais ce document permet de mieux approcher la situation à Bruxelles.

L.VERHAEGEN, Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 1981, 344 p.■

La lettre de la santé

Nouveauté dans le domaine de l'information santé: les éditions Biblo ("Body Talk", "Preventif", "Gezondheidsbrief") publie un mensuel intitulé "La lettre de la santé", sous-titré "lettre d'information sur le bien-être, la prévention et la maladie".

Selon ses promoteurs, cette publication s'adresse au "profane qui désire veiller, activement et en connaissance de cause, sur sa santé et celle des membres de sa famille. Dans d'autres pays, et notamment aux Etats-Unis, on a constaté que de telles lettres d'information favorisent remarquablement la relation et le dialogue entre le patient et le médecin."

La rédaction de la "Lettre de la santé" a été confiée à Question Santé.

Encore eux? Eh oui. En réalité, il s'agit d'une transformation du mensuel "Réponses", qui disparaît par la même occasion.

Comparativement aux fiches de Question Santé, on peut estimer à la lecture du n°1 de la "lettre..." que le public visé est de niveau socio-culturel supérieur. En effet, les textes sont assez longs et relativement fouillés.

En outre, ce mensuel, disponible uniquement par abonnement, est cher. Le prix de lancement est de 1.950 FB pour 14 numéros, ce qui

Au sommaire du numéro 1
 L'insomnie de l'enfant: une plainte à ne pas négliger
 Les mauvaises nuits de l'adolescence
 La ménopause n'est plus ce qu'elle était...
 Vous souffrez d'arthrose? Continuez à bouger, mais sans exagérer
 Cheveux en mauvaise santé: les remèdes miracles n'existent pas.

le réserve à un public prêt à investir pas mal pour améliorer son information médicale. C'est sans doute aussi le prix à payer pour une vulgarisation de qualité exempte de toute publicité...

Un monde de saveurs - évaluation

Dans le numéro 60 de septembre 91, nous vous présentions "Un monde de saveurs", outil pédagogique en éducation nutritionnelle élaboré par le Comité médico-social pour la santé des migrants (France). Nous vous y disions tout le bien que nous pensions de cet outil.

Dans le numéro 71/72 de Migrations Santé paraît un article sur le suivi et l'évaluation d'une action concertée en éducation nutritionnelle ayant pour outil pédagogique "Un monde de saveurs". Cet article permet d'appréhender ce que cet outil peut apporter en situation d'animation auprès d'un public de migrants.

Les objectifs du programme étaient de:

- permettre aux professionnels de recueillir des informations plus complètes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques, en matière d'alimentation, de populations transplantées en situation d'insertion;

- permettre aux professionnels de santé de diffuser des informations adaptées, dans un but de promotion de la santé, et aux professionnels de l'action sociale et éducative de diffuser des informations visant à une meilleure adaptation de ces populations;

- développer le partenariat inter-institutionnel local;

- permettre aux migrants, adultes et enfants, d'acquérir des connaissances de base sur les groupes d'aliments et leur rôle dans la santé, en créant des lieux propices à la prise de parole;

- tester la validité de l'outil pédagogique "Un monde de saveurs" auprès d'enfants d'âge scolaire.

Longue vie donc à "La lettre de la santé".

Le lettre de la santé, Research Park, 1731 Zellik. Info (gratuit): 078/11.26.83.■

Les séances d'éducation nutritionnelle se sont déroulées d'avril à juin 1991 avec pour public-cible des populations d'adultes et d'enfants de classe maternelle.

Le document présente trois parties:

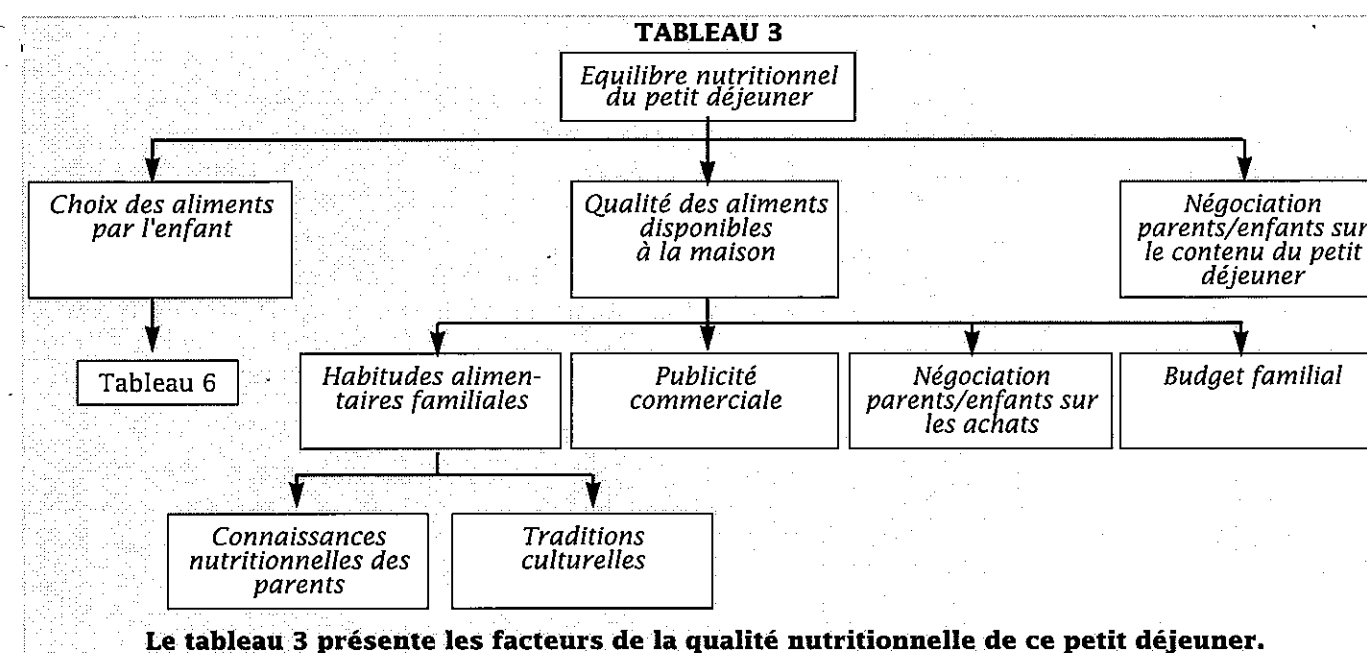
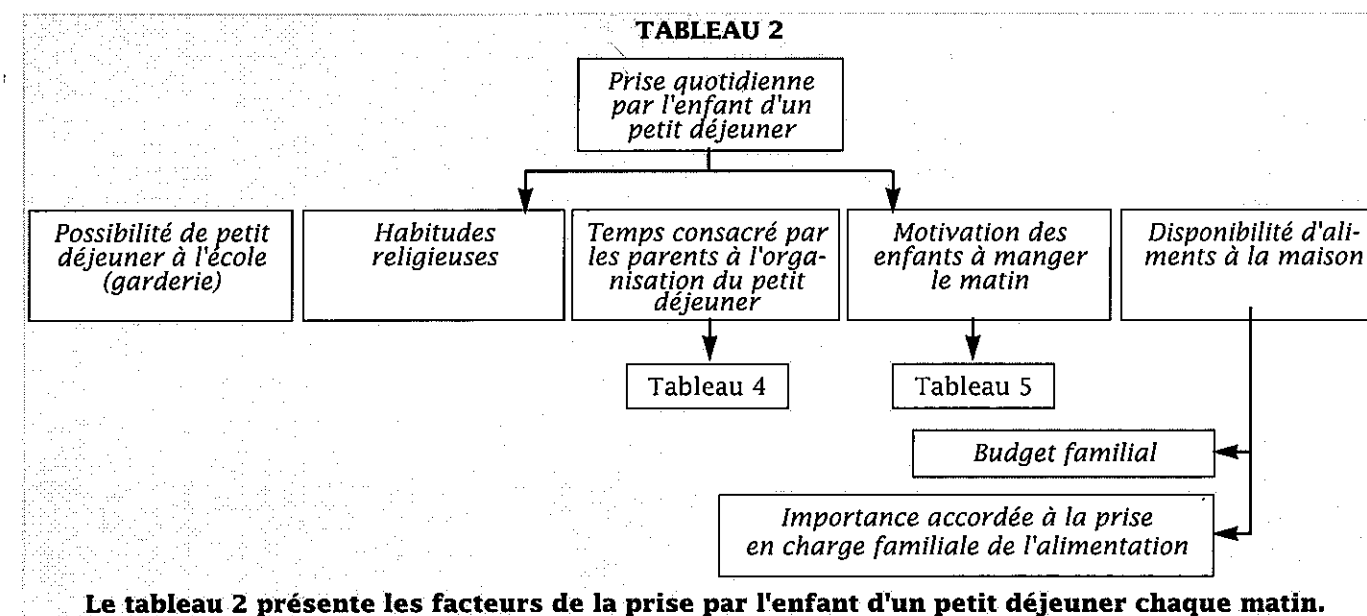
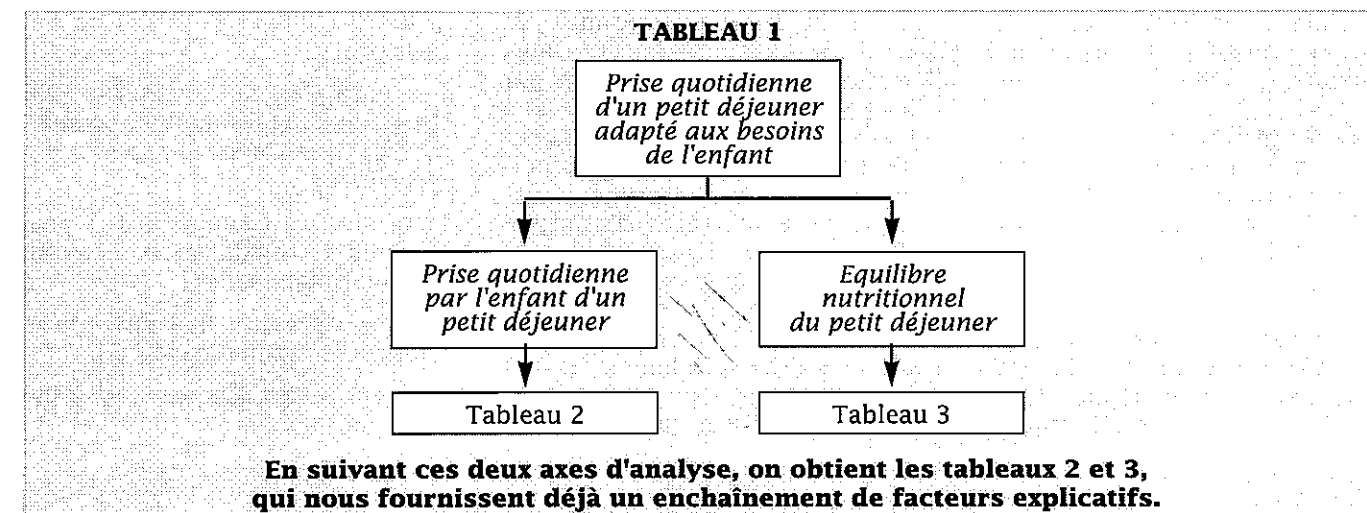
- les séances d'éducation nutritionnelle auprès des adultes; évaluation du processus; évaluation des effets du programme;
- le programme dans les écoles maternelles "Moi j'en mange et maman elle en achète": expérience d'éducation nutritionnelle en situation interculturelle dans six classes de maternelle de la région parisienne;
- le point de vue des relais.

Cette présentation du programme et de son évaluation est particulièrement riche d'informations. Les auteurs ayant privilégié une évaluation qualitative, cela nous permet de découvrir les habitudes alimentaires et les savoirs "profanes" et représentations qui y sont associés. En un mot, passionnant!

Passionnant non seulement parce que cela nous apprend des choses sur d'autres cultures mais aussi parce que cela permet de questionner nos pratiques en éducation pour la santé. Pour conclure en beauté, voici une phrase de J.P.Deschamps: "Une action d'éducation pour la santé dont nous ne sortirions pas nous-mêmes enrichis, ayant appris quelque chose sur les gens, leur vie, leurs aspirations, leurs difficultés, aurait certainement été peu efficace."

Migrations Santé, 1992, 2ème et 3ème trimestres, n°71/72, prix 50 FF.

Renseignements : 23 rue du Louvre, F-75001 Paris, tél.: 42.33.24.74, fax 42.33.29.73 ■



Le tableau 1 nous permet de distinguer deux branches principales:

- la première branche concerne la prise quotidienne par l'enfant d'un petit déjeuner: il faut en effet que l'enfant prenne un petit déjeuner, c'est la première exigence;

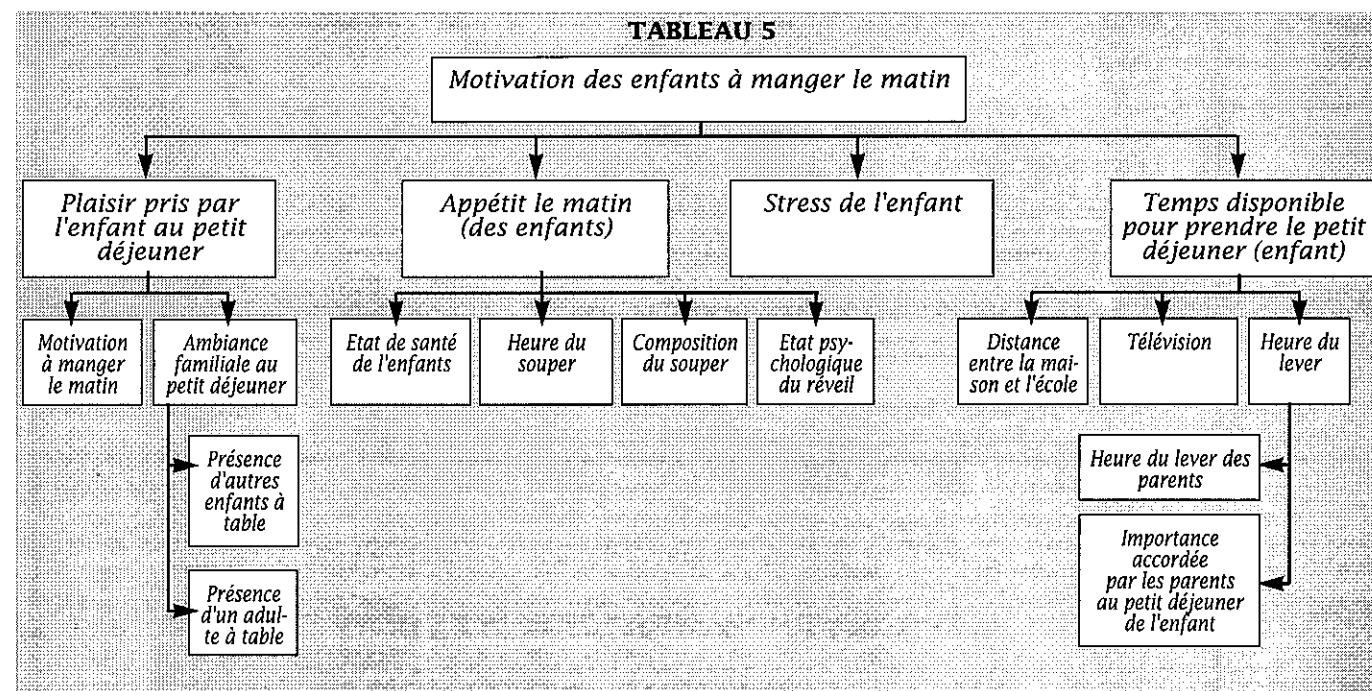
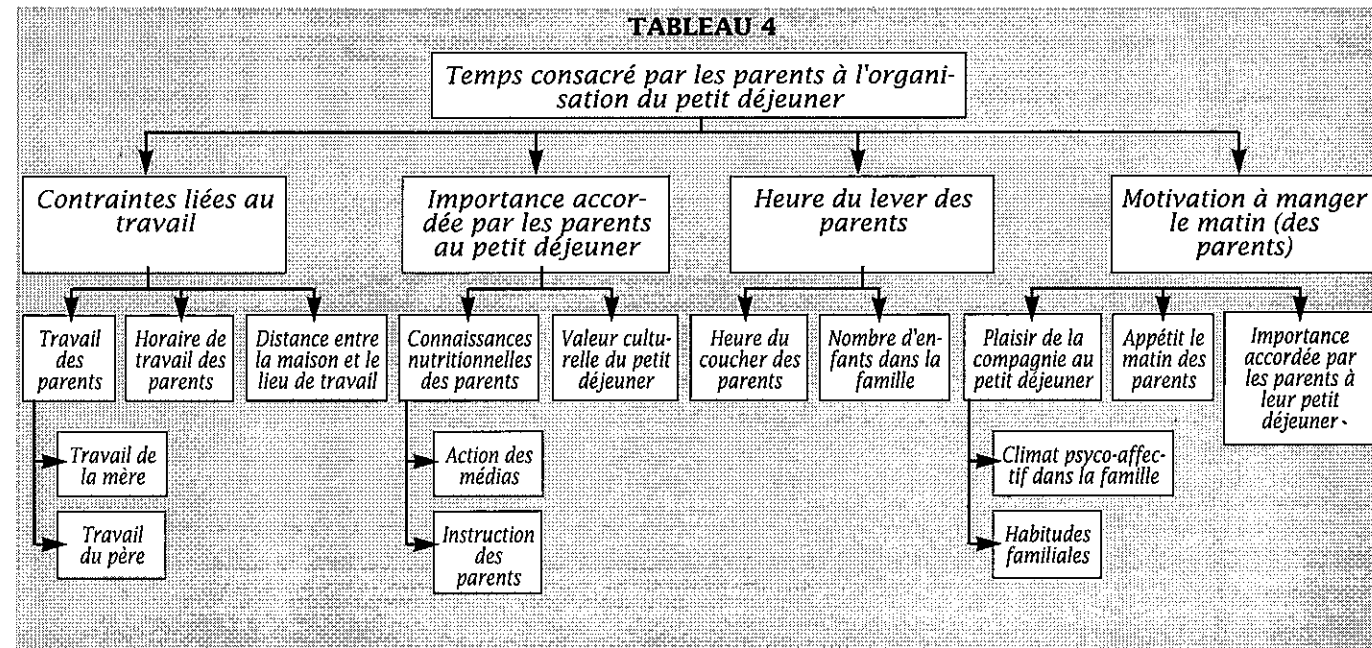
- la deuxième branche concerne le caractère équilibré du petit déjeuner: le petit déjeuner pris par l'enfant doit être équilibré.

L'analyse a été approfondie sur trois facteurs qui ont été jugés particulièrement intéressants par les personnes réunies ce jour-là à Liège. Ce choix n'est pas arbitraire, mais il était le fait de ces personnes-là. On comprend pourquoi deux modèles d'analyse d'un même problème nutritionnel préparés par deux équipes différentes se présentent toujours de façon différente. Un tel modèle n'a de valeur que pour ceux qui l'ont construit, dans un but bien précis, celui de les guider dans la

planification et l'évaluation de leur projet.

Le comité scientifique de Question Santé a donc approfondi l'analyse de trois aspects du problème:

- le temps consacré par les parents à l'organisation du petit déjeuner (tableau 4);
- la motivation des enfants à manger le matin (tableau 5);
- le choix des aliments par l'enfant (tableau 6).



conditions réelles dans une école primaire de la région parisienne. L'accord et la collaboration de toutes les instances concernées (parents, enseignants, municipalité et bien entendu personnel de cuisine et de salle) était la condition indispensable pour la mise en place de l'expérience. Sur le terrain cela s'est traduit par l'observation, pendant cinq semaines, des situations de repas.

La première semaine d'observation a été faite en absence de toute modification pour établir un point de comparaison; lors des quatre autres semaines on a introduit les diverses modifications.

L'observation a été assurée par trois psychologues, présents pendant tous les repas des cinq semaines. Elle a porté d'une part, sur certains enfants suivis tout au long d'un repas, dans leurs comportements alimentaires et sociaux. D'autre part, la dynamique globale d'une table a été observée à tour de rôle pendant cette période. Enfin, deux fois par semaine une observation encore plus globale, portant sur l'ensemble des interactions de la salle à manger était effectuée. Par ailleurs, on a noté les retours de table, jour par jour et menu par menu, ainsi que les observations et remarques du personnel de cuisine.

Dans l'ensemble cette expérience s'est avérée très satisfaisante. Parmi les points saillants il convient de noter:

- l'augmentation très significative des interactions sociales positives entre les enfants et entre les enfants et les adultes;
- l'augmentation de l'intérêt des enfants pour la nourriture (et au-delà, sur ses origines, ses modes de production par exemple; ainsi dans certains cas on a été amené à mettre sur la Table de la découverte des fiches de présentation des produits). Cette motivation pourrait, éventuellement, être reprise et utilisée, autrement, par les enseignants, dans la classe;

- le très grand succès des Menus de la découverte et, surtout de la Table de la découverte. Les enfants ont su très bien faire la différence entre les deux, et à aucun moment la Table de la découverte n'est venue empiéter sur le déroulement du repas en tant que tel. Le succès était tel que les adultes ont failli céder à la tentation de l'utiliser comme élément de pression (si... tu n'iras pas à la Table de la découverte); bien entendu céder à cette tentation serait une grave erreur;

- la demande spontanée des enfants d'avoir à leur disposition un cahier de suggestions et de remarques, autre façon de constater leur implication dans ces changements;

- enfin, au-delà de l'observation directe, nous avons demandé, peu après et aussi à plus longue échéance, l'avis des parents. La quasi totalité a perçu l'expérience comme très positive et motivante pour les enfants. Bien plus, à six mois de distance, ils nous ont signalé combien les enfants étaient encore contents non seulement de manger "à la cantine" mais aussi de transposer à la maison certains de leurs intérêts ainsi découverts. Cela a pu aller jusqu'à des préparations des plats mangés à l'école, pour montrer aux autres membres de la maison ce qu'ils ont goûté et appris.

Nous pouvons considérer, en fin de compte, cette expérience comme très positive et illustrant une autre manière de faire. Sa reprise par la suite dans d'autres écoles et dans des régions différentes a trouvé le même accueil satisfaisant. Le concept est actuellement largement utilisé par ceux qui ont commandé et financé le contrat de recherche. Il nous semble qu'à travers cet essai on peut aborder une conceptualisation nouvelle de l'éducation nutritionnelle à l'école.

M. Chiva et P. Rix

L'école par le menu

Actes d'un colloque, ce livre permet de découvrir des initiatives prises en matière d'éducation nutritionnelle dans divers pays francophones. Des innovations, des réflexions permettent de préciser les objectifs et méthodes possibles dans ce domaine. On apprend des choses passionnantes et amusantes sur la motivation à choisir tel aliment, sur le pourquoi des comportements alimentaires: quelles sont nos aversions alimentaires? d'où viennent-elles? Quels sont les déterminants du comportement alimentaire?

A travers ce périple de recherches et d'initiatives, il apparaît qu'il s'agit d'abord d'éveiller l'enfant à la découverte de l'alimentation: éveil au niveau des connaissances sans doute mais surtout éveil sensoriel, éveil de l'intérêt et du goût de l'enfant pour les aliments.

La deuxième partie du livre aborde le thème de l'évaluation des programmes en éducation nutritionnelle.

Pour tous ceux qui s'intéressent à l'éducation nutritionnelle, cet ouvrage donne l'occasion de se plonger dans la réflexion et permet d'ouvrir quelques horizons.

De présentation agréable, on peut cependant regretter la lourdeur du livre (non pas pour le digérer mais bien pour le tenir en mains!), lourdeur qui n'en facilite pas la lecture. Mais comme dirait Monsieur de La Fontaine, si la qualité du contenu se rapporte à son poids, alors...

Actes du colloque, *L'école par le menu, méthodes et pratiques en éducation nutritionnelle*, Rennes, éditions ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique) éditions ENSP, 1989, 359 p., 150 FF.

- l'importance des groupes des pairs comme modèle de référence possible et comme élément potentiel de changement;
 - l'importance de l'attitude des adultes à l'égard des enfants et des aliments consommés dans cette situation spécifique de collectivité;
 - l'importance de ce que l'on a nommé la familiarité des produits, afin de permettre leur acceptation. Un produit vu la première fois a moins de chances d'être accepté, goûté ou consommé que lorsqu'il a été tout simplement déjà vu auparavant, s'inscrivant en quelque sorte dans l'univers habituel de l'enfant;
 - l'importance de prendre en considération la curiosité et le goût d'exploration des enfants, en leur laissant l'initiative;
 - l'importance enfin du moment du repas en tant que lieu d'échange social, de stimulation, voire de création de situations, que nous appelons de conflit socio-cognitif, en général dynamisantes pour l'enfant.

Aussi les concepts que nous avons développés se situent à des niveaux et des plans différents. En pratique ils se traduisent de la façon suivante:

1. Dès le départ, et avant la mise en place de toute modification, une information a été apportée au personnel d'encadrement: cuisiniers, gérants, femmes de services, surveillants des repas. Cette étape nous semble capitale, car permettant de faire comprendre aux adultes encadrant le repas les raisons des démarches, et également de leur faire savoir à l'avance certaines des réactions prévisibles des enfants. Accessoirement, ceci a été ressenti comme très gratifiant par ce personnel, qui du coup, a été autrement impliqué dans l'expérience.

2. Introduire un premier élément d'information (mais aussi élément ludique) dans la salle à manger même: l'affichage du menu. Il ne s'agit plus de la petite feuille des menus de la semaine affichée réglementairement à

l'entrée de l'école ou de la salle à manger, mais d'une ardoise, assez grande pour pouvoir être déchiffrée depuis les tables, annonçant la composition du menu journalier. Ceci n'est pas une simple anecdote; les enfants très rapidement se sentent impliqués, informés, peut-être traités différemment. En tout cas, la lecture du menu est source d'interrogation et d'échanges entre les enfants et avec les adultes. Par ailleurs, ce point est en étroite relation avec le point suivant.

3. Introduction des "Menus de la découverte". On peut avoir des menus sains, bons et équilibrés, sans être pour autant obligés de respecter systématiquement la grammaire habituelle des repas: entrée, plat, légumes, fromage, dessert. Un plat unique peut parfois remplacer l'ensemble ou bien encore d'autres formules. Nous avons choisi délibérément de jouer, dans tous les sens du terme, avec le repas.

Ainsi des repas inhabituels ont été proposés, repas qui pouvaient amuser les enfants, mais surtout qui pouvaient stimuler leur curiosité et leur faire découvrir des aspects nouveaux et inattendus des aliments et de leurs associations. Autrement dit, il s'agissait de l'introduction simultanée d'un élément ludique et d'une éducation du goût à travers des propositions nouvelles et de ce fait surprenantes pour les enfants. De surcroît, ces repas de la découverte bénéficiaient de dénominations particulières, à la différence des menus du jour. On a proposé ainsi aux enfants des menus de toutes les couleurs, des menus à l'envers, des menus qui piquent ou bien encore des mariages de plats inhabituels pour leurs régions: chou rouge et marrons, comme accompagnement de viande, compotes à la cannelle, chili con carne, etc.

Ces menus de la découverte surviennent de façon irrégulière dans la semaine. De ce fait, après la surprise initiale s'installe une sorte d'attente complice: que vont-ils nous réserver aujourd'hui?

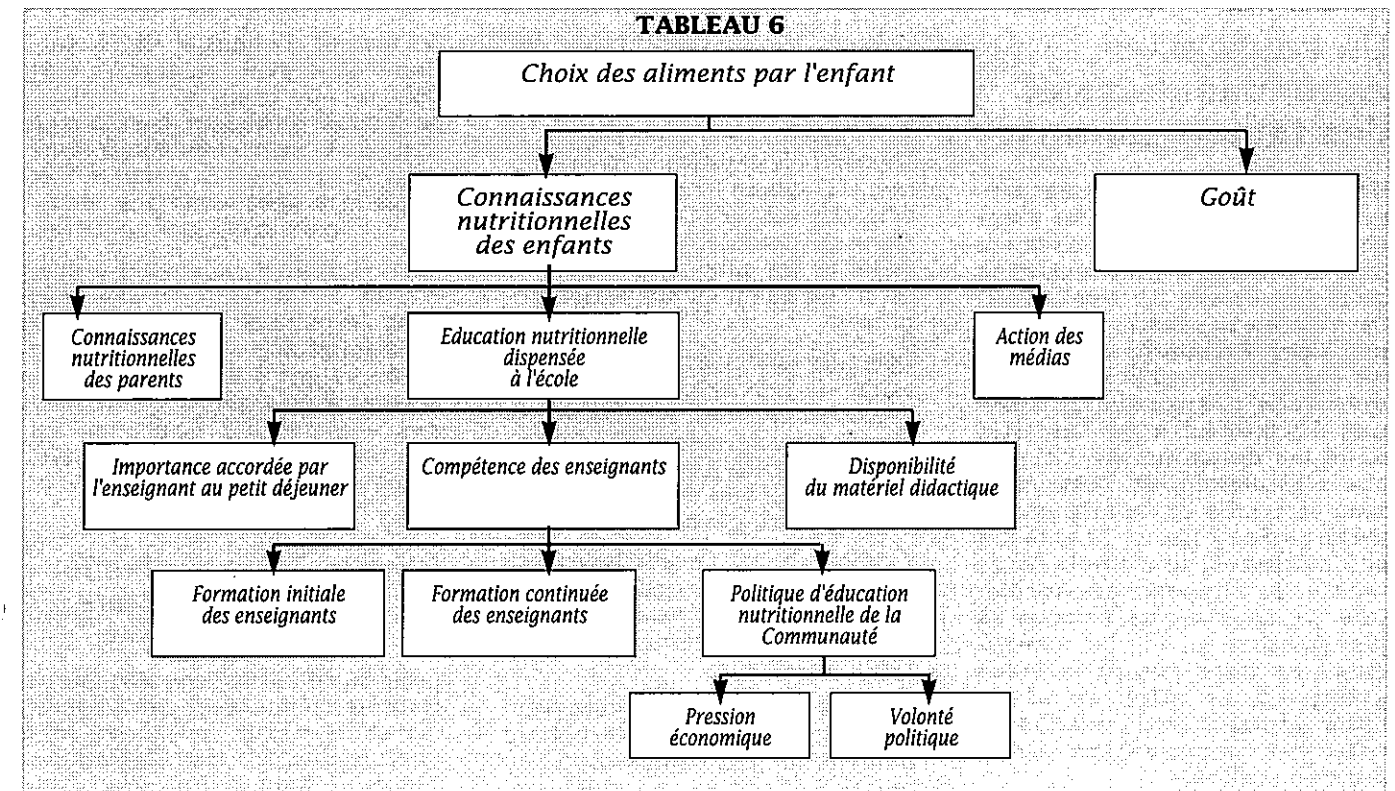
Par ailleurs, si parfois un plat nouveau et inhabituel suscite en premier lieu des réticences, il suscite également bien plus de dialogues et des discussions autour de la nourriture entre les enfants. Le rôle des leaders, des "courageux" qui goûtent les premiers, apparaît alors nettement, imité et suivi en général, par la suite, d'un dialogue entre les enfants, dialogue centré sur la nourriture.

4. Création d'une "Table de la découverte". Il s'agit d'une table, située dans un coin de la salle à manger, sur laquelle sont présentés un certain nombre d'aliments, habituels dans leur nature, inhabituels parfois dans leur variété. Cette table, particulièrement bien présentée, comporte d'une part, le produit entier, d'autre part, des petites portions permettant de goûter. On a pu présenter ainsi simultanément différents fromages (Cantal, Fourme d'Ambert, Emmenthal), des pains différents (blanc, de campagne, de seigle, pumpernickel) et des fruits (dattes, abricots secs, pommes râpées); ou bien encore des saucissons différents, des variétés de citrons, des fruits exotiques, etc.

Cette table, identique dans sa composition et dans sa présentation, reste à la disposition des enfants pendant une semaine. Il n'y a aucune obligation à son égard et elle ne vient pas remplacer le repas habituel. Enfin elle disparaît pour ne revenir que trois ou quatre semaines plus tard, avec une composition différente.

Le but de ce dispositif est de stimuler la curiosité des enfants, de leur permettre de se familiariser avec des produits nouveaux, de leur permettre de les goûter hors de toute contrainte et encore de créer une émulation à l'égard des produits nouveaux, un nouveau point de départ pour des comparaisons et des échanges sociaux des enfants entre eux et aussi avec des adultes.

L'ensemble de ce dispositif, une fois créé, a été testé dans des



Conclusion

Cet exercice effectué en équipe, dans la réflexion et la bonne humeur, demande à être poursuivi, tout au long de la mise en oeuvre de ce projet d'éducation nutritionnelle. Il a déjà permis à ceux qui l'ont réalisé de mieux cerner l'impact attendu du projet "Petit Déjeuner Malin". Par ce projet, l'équipe de Question Santé, secondée par l'ICAN, cherche surtout à agir sur des facteurs présents dans le tableau 6, principalement la formation continue des enseignants et la disponibilité du matériel didactique. Lorsqu'on évaluera l'impact du projet sur la prise quotidienne d'un petit déjeuner équilibré par les enfants qui auront bénéficié des interventions de Question Santé, il faudra tenir compte de tous les autres facteurs, sur lesquels le projet exercera peu d'influence, s'il en exerce. Cette façon d'analyser le problème nutritionnel en tenant compte de tous ses déterminants conduira peut-être les responsables de ce projet, comme ceux d'autres projets du même type, à définir des stratégies plus larges. Celles-ci s'orienteront alors vers la promotion de l'environnement nutritionnel, qui implique d'autres modalités d'intervention que la seule éducation nutritionnelle.

Dix règles de construction d'un arbre des causes

- Extrait d'un guide, à paraître, à la FAO (4).
1. La construction du modèle (l'arbre des causes) progresse de haut en bas, de l'effet vers sa cause la plus immédiate.
 2. Toute case est décomposée en deux autres cases au moins, situées un niveau en-dessous.
 3. Les cases du modèle expriment des facteurs; la majorité de ces cases peuvent comporter des indicateurs (ex.: la distance entre la maison et l'école); certaines cases du modèle ne le peuvent pas, ou difficilement (ex.: le climat psycho-affectif dans la famille).
 4. Aucun effort ne doit être épargné pour identifier tout facteur intermédiaire entre deux cases d'une chaîne causale.
 5. Par convention, l'interaction entre deux facteurs situés sur la même ligne horizontale n'est pas représentée.
 6. Par convention, lorsqu'un facteur agit en plusieurs endroits du modèle, on répète le facteur plutôt que de dessiner des liaisons latérales.
 7. Les boucles de rétroaction (la cause devenant l'effet et inversement) ne sont pas indiquées dans le modèle.
 8. Les participants à ce travail d'analyse décident à l'avance du niveau auquel ils vont travailler: prendre le problème dans ses dimensions individuelles ou collectives.
 9. Les participants doivent accepter un compromis entre la logique rigoureuse et l'incorporation de tous les facteurs dans le modèle d'une part et la simplicité et l'économie d'autre part.
 10. Les participants devront décider de commun accord du moment d'arrêter la construction du modèle.

Michel Andrien, Dr Robert Bontemps, Michèle Guillaume, Bernadette Lambrechts.

Références
 (1) GREEN L.W., KREUTER M.W., DEEDS S.G., PARTRIDGE K.B., Health Education Planning : a Diagnostic Approach, Palo Alto, Mayfield Publishing Company, 1980.
 (2) BEGHIN I., CAP M., DUJARDIN B., Guide pour le diagnostic nutritionnel, Genève, OMS, 1988.
 (3) ADRIEN M., BEGHIN I. ? De l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition, Liège, CERES, 1991 (version provisoire), à paraître (version définitive).
 (4) FAO, Guide méthodologique des interventions dans la communication sociale en nutrition, Rome, FAO (à paraître).

Cholestérol et prévention primaire

Un consensus communautaire et des interrogations

Un consensus officiel en prévention cardio-vasculaire vient d'être porté à la connaissance des médecins généralistes dans le numéro 19 (mai 1992) de "Santé et Communauté". Cet excellent document de synthèse trace avec précision une démarche préventive au cabinet du médecin de famille, dans les domaines de l'hypercholestérolémie, de l'hypertension artérielle et du tabagisme. Néanmoins, pour certains scientifiques, le dépistage de masse de l'hypercholestérolémie ne trouve pas encore sa justification sur le plan scientifique et pose des problèmes éthiques. La mise en place d'une démarche d'évaluation de cette recommandation serait donc souhaitable.

Ce consensus interuniversitaire a reçu également l'aval des Centres Universitaires de Médecine Générale, de la Société Scientifique de Médecine Générale et du Conseil Communautaire de Prévention pour la Santé. Il porte sur trois facteurs de risque: l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le tabagisme. Il faut souligner l'apport positif de tels consensus, qui contribuent à rationaliser et à homogénéiser les attitudes et comportements médicaux. Cohérence qui, in fine, ne peut que renforcer l'impact des programmes d'éducation pour la santé sur le public.

L'hypercholestérolémie

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès en Belgique. L'hypercholestérolémie est un facteur de risque, parmi d'autres, impliqué dans la maladie cardio-vasculaire.

L'adhésion aux propositions du consensus "prévention cardio-vasculaire" ne doit pourtant pas occulter les questions qui subsistent pour certains scientifiques, quant au bien-fondé d'une démarche de dépistage de l'hypercholestérolémie. Et l'esprit critique des intervenants et des responsables en matière de santé publique doit certainement rester

vigilant, afin d'évaluer la validité ou la non-validité de ces interrogations.

Si le bénéfice de l'intervention sur l'hypercholestérolémie en prévention secondaire (chez des patients déjà atteints de maladies coronariennes) semble acquis pour la majorité des auteurs, pourquoi en est-il autrement en prévention primaire?

Quelques principes de base à une action de prévention peuvent être rappelés. D'abord, intervenir sur l'hypercholestérolémie d'individus en bonne santé présuppose de les "dépister" au sein de l'ensemble de la population, par prise de sang.

Ensuite, choisir l'hypercholestérolémie comme test signifie qu'on lui accorde une bonne valeur prédictive en ce qui concerne la maladie cardio-vasculaire.

Enfin, la justification de l'intervention sur l'hypercholestérolémie doit être un gain démontré soit en morbidité, soit en mortalité, par rapport à une non-intervention.

Les effets pervers potentiels du dépistage

Un auteur néerlandais a étudié les conséquences psychologiques et sociales du dépistage de l'hypercholestérolémie (1). Résumons son argumentation.

D'abord, en focalisant encore plus l'attention du public sur l'hypercholestérolémie, on pourrait induire une négligence pour d'autres aspects (arrêt du tabac, activités physiques régulières, traitement d'une HTA...). Pour beaucoup de personnes, avoir un bon cholestérol, c'est se voir décerner un certificat de bonne santé.

Ainsi, en interrogeant des personnes n'ayant pas de troubles lipidémiques, on a constaté que la moitié en concluait avoir une bonne hygiène de vie, alors qu'il y avait dans ce groupe autant d'obèses, de tabagiques, de sédentaires..., que parmi les hypercholestérolémiques. D'autre part, de nombreux individus traités par médicaments hypocholestérolémisants en infèrent une garantie de santé et une plus grande liberté d'excès alimentaire. Dans les deux cas, l'insouciance est peut-être injustifiée...

A l'inverse, l'intensité de la réaction d'un individu au dépistage ne doit pas être négligée. Un dépistage "positif" peut faire basculer un individu se sentant en bonne santé dans le groupe des malades. Cet étiquetage peut avoir des conséquences psychologiques négatives.

Ainsi, certaines personnes acceptent de se soumettre au dépistage dans l'espoir d'être rassurées par un résultat normal. La découverte d'une valeur anormale peut les amener à un rejet du résultat et des mesures à prendre, ou au contraire à une anxiété exagérée. Prudence donc conclut l'auteur...

L'hypercholestérolémie: un prédicteur médiocre du risque coronarien

Certains auteurs soulignent que la cholestérolémie n'est pas un indicateur de risque coronarien très performant. Ni pour définir un groupe à haut risque pour une action de dépistage de masse, ni pour la prédiction individuelle à un patient.

Ainsi, une étude épidémiologique française (2) montre qu'un tiers seulement des accidents coronariens observés pendant une période de surveillance de 6,5 ans, sont survenus parmi les personnes ayant un cholestérol supérieur à 2,6g/l. Ceci démontre qu'il peut être illogique de limiter une intervention de santé publique aux seules personnes à haute cholestérolémie: ce choix amènerait à négliger 2/3 des accidents coronariens.

La même étude chiffre le risque annuel d'accident coronarien, mortel ou non, à 1,3% pour le groupe d'hommes âgés de 42 à 53 ans et ayant une cholestérolémie supérieure à 280 mg%. La valeur prédictive de ce test isolé reste donc limitée (signalons néanmoins que les dosages de la fraction HDL du cholestérol, ou le calcul de la fraction LDL, semblent améliorer la sensibilité prédictive par rapport au seul cholestérol total).

"Primum non nocere"

Dans le domaine thérapeutique, cet adage est bien connu de chaque médecin. Son champ d'application peut certainement

Lu pour vous

L'école par le menu

"L'alimentation scolaire en question" tel était le titre de l'enquête menée par Test Achats auprès des écoles et de leur cantine. Même si certaines écoles répondent aux critères de qualité énoncés, le résultat global n'est pas fameux: conditions d'hygiène déplorables, non-respect de la réglementation en matière de restauration collective, équilibre alimentaire insuffisamment respecté, peu de demandes de collaboration de professionnels tel qu'un diététicien... Par exemple, environ 21 % des écoles francophones proposent des frites (et l'enquête ne parle pas de la bière de table systématiquement servie dans certains établissements scolaires).

Nous abordons souvent le thème de l'éducation nutritionnelle dans les écoles: petits déjeuners malins, 10 H santé, "Je mange bien à l'école"... Les actions ainsi entreprises pour améliorer l'alimentation de l'enfant ont déjà amené des changements positifs pour certains.

Mais les résultats de cette enquête confirment que l'enfant est encore souvent soumis à des situations paradoxales: il reçoit des conseils-santé (manger équilibré, varier son alimentation, prendre des fruits, des légumes, des laitages, se laver les mains avant de se mettre à table,...) alors que la situation vécue à l'école lors des repas contredit souvent les conseils nutritionnels. (in Test Achats Magazine, octobre 1992, n°348).

En complément de cette enquête, voici un exemple d'approche collective de l'éducation nutritionnelle à l'école présenté dans les actes du colloque "L'école par le menu" (voir encadré). Une manière différente d'envisager l'éduca-

tion nutritionnelle pour élargir, innover et compléter nos idées. Même si cette expérience se déroule en France et qu'elle n'est donc pas transposable comme telle, elle montre l'intérêt d'impliquer l'institution scolaire dans la démarche de changement et de ne pas seulement enseigner aux enfants des modèles de comportements sains.

Actions entreprises dans des restaurants d'enfants: une application à l'école primaire.

L'expérience a été réalisée dans le cadre d'un contrat avec une entreprise de restauration collective et avec la participation du Centre de Psychologie de l'Enfant de l'Université de Paris X-Nanterre, du bureau d'étude SPI et la collaboration de Jacques Puisais.

A l'origine une question simple posée par l'entreprise, dans le cadre d'un projet général de développement des produits et services proposés au public:

Comment améliorer à la fois l'image et la fréquentation scolaire?

Comment participer à un effort d'éducation nutritionnelle dans ce cadre?

Face à ces mêmes questions, d'autres entreprises ont adopté une démarche classique d'éducation nutritionnelle. Le message est en général le même: apprendre aux enfants et promouvoir les règles d'une alimentation équilibrée; autrement dit, référence en premier lieu à des concepts d'apprentissage et à des notions classiques en diététique. La forme adoptée pouvait être

diverse: programme de type scolaire, brochures, publications style BD, jeux de société, etc.

Ces méthodes semblaient peu appropriées pour diverses raisons, dont trois paraissaient majeures:

- la notion d'équilibre alimentaire est importante dans l'absolu; toutefois dans le contexte scolaire habituel elle n'a que peu de sens pour deux raisons précises: primo l'enfant est rarement décideur, au niveau de la composition des menus. L'équilibre alimentaire est assuré par les diverses instances notamment par les responsables nutritionnistes ou diététiciens; secundo, l'enfant est également le plus souvent dans la situation où il ne peut faire de choix qu'en consommant ou en laissant ce qu'il a dans son assiette; la dernière situation est en général très mal tolérée par les adultes. Dès lors, à quoi peuvent-ils servir, dans ce contexte, les connaissances acquises par ailleurs?

- l'écart existant en général entre les connaissances apprises et les comportements alimentaires réels;

- l'aspect plutôt scolaire de ces méthodes et le peu d'implication directe des enfants dans l'acte de consommation même, l'absence en général de caractère motivant et ludique approprié.

A ces critiques initiales il convient d'ajouter la prise en considération de certaines données de recherche permettant de mieux comprendre comment s'établissent les habitudes de consommation ainsi que les facteurs d'acceptation d'aliments nouveaux. Parmi ces éléments certains nous sont apparus majeurs:

the institute of health education, vol.30, n°1, 1992, pp. 31-35 (Localisation: RESO J.04)

Suite à la Journée Mondiale sans Tabac, un numéro spécial du "Journal de l'AIR" est consacré entièrement au tabagisme sur les lieux de travail. On y aborde notamment les sujets suivants: fumer au travail est un cumul des risques, combat contre le tabagisme par les patrons et salariés, ainsi que la législation concernant le tabagisme sur les lieux de travail, la gestion du tabagisme dans les entreprises (comparaison entre différents pays européens et extra-européens).

31 mai: Journée mondiale sans tabac, in Journal de l'AIR, n°82, juin 1992, pp. 5-17 (Localisation: RESO J.13)

Le JOURNAL DE L'AIR a été fondé en 1984 par l'Association des Insuffisants Respiratoires (= A.I.R.). RESODOC y est abonné depuis 1991. Cette revue belge "s'adresse à toutes les personnes intéressées par la bronchite, l'emphysème et l'asthme: patients, familles, médecins, kinés... qui contribuent à éduquer et encourager les insuffisants respiratoires. Le style du journal se veut simple de manière à être accessible à tous et à remplir sa mission d'éducation à la santé".

Pour rappel, le document très intéressant présenté dans le n°68, d'Education Santé, par M. Demarteau, document qui nous vient du Canada: PAIEMENT M., MARTIN C., L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail, Col. Santé Société, promotion de la santé, n°4, Québec, 48 p. (Localisation: APES, RESO S.15-4).

Les équipes

En consultant la base de données ANNUAIRE nous avons trouvé 5 équipes actives dans la sécurité, hygiène et santé en milieu du travail, la plupart possèdent un centre de documentation.

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS

DU TRAVAIL (ANPAT), Rue Gachard n° 88 Bte 4, 1050 Bruxelles. Tél. 02/648.03.37, Fax 02/648.68.67. Contact: M. SCHOENMAECKERS.

COMITE D'ACTION POUR LA SECURITE ET L'HYGIENE DANS LA CONSTRUCTION (CNAC), Bd. Poincaré n° 70, 1070 Bruxelles. Tél. 02/523.40.93, Fax 02/522.74.50. Contact: M. VAN RUTTEN.

FONDATION TRAVAIL SANTE (FTS), Rue de Tournai n° 10, 1000 Bruxelles. Tél. 02/513.34.65. Contacts: C. JACQUEMART et V. CHESQUIERE.

RESSOURCES SANTE, Bd Brand Whitlock n°105, 1200 Bruxelles. Tél. 02/734.13.09. Contact: C. van POTTELBERGHE.

SANTE ET TRAVAIL: SERVICE D'ERGONOMIE ET DE DOCUMENTATION, Av. Henri Jaspar n°128, 1060 Bruxelles. Tél. 02/538.28.20, Fax. 02/538.79.32. Contact: B. JANSSENS.

Suivi... Au delà de l'accident, le risque

Deux auteurs français étudient les mécanismes qui font de l'individu, surtout de l'adolescent, un amateur du risque. Le comportement à risque, la prise de risque, la perception du risque sont des facteurs qui accentuent la tendance aux accidents. "Jouer un instant sa sécurité ou sa vie, au risque de la perdre: à défaut de limites et de repères que la société ne lui donne plus, l'individu, fort de sa marge croissante d'autonomie, cherche dans le monde des limites de fait, aventures, sauts en élastique, raids, trekking ou rafting au bout du monde... Mais au-delà du développement des prises de risque de tout ordre ou même de l'accroissement significatif des passages à l'acte il faut souligner le goût de risque et de l'aventure

qui saisit les sociétés occidentales, à l'échelle même de l'homme quelconque." Le Breton D.

Peut-on prédire l'accident? Quels sont les facteurs de risque individuels (capacités sensori-motrices et intellectuelles, traits de personnalité, etc.) et environnementaux (influences du milieu familial, des événements de vie, des pairs, des médias...) qui sont en jeu dans la probabilité de l'accident et la vulnérabilité des certains jeunes?

Ces questions et bien d'autres sont évoquées par David Le Breton et Jean-Pascal Assailly de façon très différente. L'un se lit comme un roman; c'est un récit de vie, on est pris par le sujet... "Passions de risque"! L'autre, réalisé par un psychologue d'enfants, est très documenté (une bibliographie d'une bonne dizaine de pages) et il est basé sur de nombreuses statistiques et enquêtes de toutes sortes. Il représente une mine de renseignements surtout en ce qui concerne le risque d'accident de la route chez le jeune.

LE BRETON D., Passions du risque, Eds. Métailié, Col. Traversées, Paris, 1991, 185 p. (Localisation: RESO BF.03.05.00.01).

ASSAILLY J.P., Les jeunes et le risque: une approche psychologique de l'accident, Eds. Vigot, Paris, 1992, 255 p. (Localisation: RESO BF.03.05.00.03).

Pour illustrer les conséquences de ce goût du risque consulter l'étude réalisée par l'INSERM "Mortalité des jeunes...", informations épidémiologiques précises et critiques, couvrant les années 1960 à 1980.

KAMINSKI M., BOUVIER-COLLE M.H. et BLONDEL B., Mortalité des jeunes dans les pays de la Communauté européenne (de la naissance à 24 ans), Eds. Doin/Eds. INSERM, Col. Grandes enquêtes en Santé Publique et Epidémiologie, Paris, 1985, 310 p. (Localisation: RESO I.05.02.02.05).

Alain Goossens, Yvette Gossiaux, Maria-Antonia Bertrand

être étendu à la prévention. La question à se poser alors est celle-ci: le bénéfice d'un abaissement du cholestérol sanguin est-il absolument certain en prévention primaire, chez des gens en bonne santé et ne ressentant aucune gêne?

Aucun médecin ne peut conclure de son expérience thérapeutique personnelle une réduction de la fréquence des accidents coronariens; des études bien conçues, et couvrant de larges populations sont nécessaires à l'évaluation des bénéfices d'interventions sur l'hypercholestérolémie.

Des épidémiologistes soulignent que pour les femmes et les personnes âgées, on ne dispose d'aucun essai démontrant un intérêt de traiter une hypercholestérolémie en prévention primaire.

Restent des essais concernant des hommes d'âge moyen. Ces études comparent la morbidité et/ou la mortalité d'hommes présentant une hypercholestérolémie et répartis en deux groupes: un groupe contrôle sans intervention et un groupe traité par mesures diététiques et/ou médicamenteuses.

Ces études démontrent qu'une diminution de la cholestérolémie entraîne une diminution des accidents coronariens et des décès qui y sont liés.

Mais on ne constate pas de différence entre le groupe contrôle et le groupe traité en ce qui concerne la mortalité totale. Autrement dit, dans ces études, sans que l'on puisse actuellement l'expliquer de façon certaine, les hommes traités pour leur hypercholestérolémie meurent plus d'autres affections (digestives, cancers, morts violentes, suicides...).

D'après le Dr E. Dumont, même le regroupement en méta-analyse de tous les essais valables effectués à ce jour en prévention primaire n'a pas démontré d'effets positifs sur la mortalité globale. Pour ce même auteur, "en prévention primaire, la prescription de médicaments hypocholestérolémiants à des sujets ayant une hypercholestérolémie peu importante (inférieure à 2,7 g/l) n'a actuellement pas de justification scientifique établie et n'est pas dénuée de risque. En l'absence de tout antécédent coronarien, il paraît légitime de réserver les traitements médicamenteux aux cas d'hypercholestérolé-

mie franche (...) dépassant 2,7 ou 3 g/l et persistant après un éventuel essai diététique". (3)

Trois mois pour changer un comportement alimentaire !

Les stratégies d'intervention médicale proposent généralement, en cas de non-retour des valeurs de cholestérolémie à la normale après 3 mois de traitement diététique, l'instauration d'un traitement médicamenteux. Cette attitude est sans doute conseillée lorsque l'on intervient en prévention secondaire (par exemple chez une personne ayant fait un infarctus).

Est-elle raisonnable en prévention primaire, où il n'y a aucune urgence à agir - si toutefois il faut agir -? Peut-on vraiment espérer, chez des personnes qui ne se plaignent de rien, obtenir des modifications à long terme du comportement alimentaire en 3 mois? Il faut donc être conscient qu'en proposant une telle stratégie d'intervention en prévention primaire, on en arrivera à traiter par médication hypocholestérolémiante une majorité de patients.

Evaluer l'application du consensus et ses conséquences ?

On le voit, les avis sont partagés: certains scientifiques - une minorité certes - restent réservés, dans l'état actuel des connaissances, quant à une généralisation d'un dépistage de masse de l'hypercholestérolémie, et quant au traitement systématique de celle-ci chez des personnes en bonne santé. Pour eux, ce dépistage de masse peut avoir des effets pervers, ne trouve pas encore sa justification sur le plan scientifique et pose des problèmes éthiques. Leur conclusion est qu'avant toute action large, de nouveaux essais contrôlés devraient démontrer indiscutablement les bénéfices d'une intervention sur la cholestérolémie en prévention primaire.

Il semblerait dès lors utile de définir une méthodologie d'évaluation de la stratégie proposée et mise en place en Communauté française.

Dr Patrick Trefois,
Question Santé

Neutre, le débat sur l'hypercholestérolémie?

Comme le souligne à juste titre le Dr. E. Dumont, la lecture des résumés d'études ou des recommandations concernant la problématique du cholestérol permet de constater que les bénéfices sont souvent exprimés en risque relatif.

Le contraste est étonnant si l'on retourne aux sources et que l'on exprime ces bénéfices en risque absolu.

Par exemple, il n'est pas neutre d'annoncer une réduction de 34% dans l'incidence des affections coronariennes, plutôt que de signaler que le risque de présenter un accident coronarien passe dans les 7 ans de 9,8 % dans le groupe contrôle à 8,1 % dans le groupe traité. C'est-à-dire un bénéfice absolu de 1,7 % pour plus de 7 ans de traitement.

Si l'on reprend les résultats de la Helsinki Heart Study, on peut dire qu'en 5 ans, sur 1000 patients, 973 seront indemnes dans le groupe traité, pour 959 dans le groupe contrôle (sans intervention). Selon ces résultats, un individu hypercholestérolémique a donc 97,5 % de chance de ne pas présenter un infarctus du myocarde avec un traitement, contre 96 % sans traitement...

L'auteur se demande, à juste titre, si on n'influence pas abusivement la décision tant des médecins que du public, en taisant cette présentation des chiffres.

Bibliographie

- (1): Tijmstra T. "The psychological and social implications of serum cholesterol screening" International J. Risk Safety Med 1990; (1): 29-44
 - (2): Ducimetière P. et coll "Les cardiopathies ischémiques. Incidence et facteurs de risque. L'étude prospective parisienne". Inserm 1981
 - (3): Dumont E. "Cholestérol: comptons les décès" in Rev. Prescrire n° 116 - 1992; 135-136.
- Pour ceux que le sujet intéresse, du même auteur: "Agir sur la cholestérolémie? Peu d'efficacité en prévention primaire cardio-vasculaire" Rev. Prescrire n° 97 - 1990; 250-257, "Agir sur la cholestérolémie des sujets à risque" Rev. Prescrire n° 108 - 1991; 312-317 et "Pas de dépistage systématique de l'hypercholestérolémie chez l'enfant" Rev. Prescrire n° 119 - 1992; 311-313.

Publicité et tabac

Quoi qu'en pensent les fabricants de tabac, l'interdiction de la publicité sur le tabac mène la consommation à un niveau inférieur à ce qu'il serait, si l'on suppose que les autres facteurs d'influence restent constants. L'interdiction de la publicité exerce un impact bien à elle sur les ventes de tabac, même si elle n'est pas toujours déterminante. C'est à ce niveau que se pose la difficulté de comprendre ou d'expliquer l'effet de l'interdiction de la publicité sur le tabac.

L'impact de l'interdiction de la publicité est significatif et mérite d'être souligné, encore qu'il arrive qu'en termes nets, son effet sur la consommation soit annulé ou neutralisé par les baisses du prix du tabac ou les hausses des revenus. Vu la fréquence de ces facteurs, les groupes de pression de l'industrie du tabac prétendent, et apparemment de manière plausible, que l'interdiction de la publicité est sans effet. Les prix et les revenus, dans le court terme tout au moins, exercent une action plus puissante que l'interdiction de la publicité, sans que l'on puisse toutefois prétendre que son impact n'est pas significatif ou souhaitable.

Les politiques fiscales et publicitaires jouent un rôle complémentaire et peuvent toucher un tout autre public. Nous examinerons les interdictions de la publicité pour le tabac intervenues ces dernières années dans le Nord de l'Europe.

Pays nordiques

Dans les pays nordiques, l'interdiction de la publicité a fait légèrement fléchir la courbe de la consommation de tabac, malgré la croissance substantielle des revenus par habitant et la diminution du prix des cigarettes par rapport au revenu. L'interdiction de la publicité a contenu la consommation de tabac depuis 1984 en Islande, 1975 en Norvège, la fin des années 70 en Suède et de 1978 à 1986 en Finlande. L'interdiction de la publicité en Norvège a eu pour effet de maintenir la consommation de tabac à un niveau inférieur aux estimations fondées sur la tendance qui se dessinait avant 1975. Autrement dit, inférieur à ce qui aurait été constaté en l'absence de toute interdiction.

Les groupes de pression de l'industrie du tabac font remarquer qu'après l'entrée en vigueur de l'interdiction, la courbe de la consommation de tabac dans les pays nordiques est restée quasi plane, ce qui pour eux démontre l'inefficacité de l'interdiction dans ces pays. Une très légère tendance à la baisse, révélée par la mise en

graphique de la consommation de tabac, peut résulter d'un effet très peu tonique, disons, des restrictions imposées en matière de publicité et dans l'hypothèse où elles auraient été l'unique facteur en jeu.

Cependant - et les négociants de tabac ne l'ignorent pas - dans les économies de marché, le prix du tabac et les revenus sont soumis à des fluctuations fréquentes qui influent sur les ventes. Une légère incurvation de la courbe indique plus probablement que les baisses des prix réels et les augmentations des revenus ont tendu à accroître la consommation et, partant, ont annulé l'effet de l'interdiction.

En Islande, les hausses des revenus ont neutralisé l'effet de l'interdiction de la publicité pendant de nombreuses années et les ventes y ont continué à progresser. En 1971, au moment où la publicité fut interdite, le revenu journalier permettait aux Islandais d'acheter l'équivalent de 301 cigarettes contre 437 en 1986. L'interdiction a été totale en 1984 et la consommation a ensuite décliné.

Une étude économétrique des facteurs concurrentiels a montré que la baisse de 7 % de la consommation finlandaise de tabac a été due à l'interdiction de la publicité en 1978. L'interdiction fait baisser la consommation de tabac à un niveau inférieur à ce qu'il était jusque là, mais ne protège jamais par la suite l'ensemble des jeunes du tabagisme et de ses promoteurs. En Finlande, le revenu par habitant permettait en 1986 d'acheter 9 % de cigarettes de plus qu'en 1978, année où la publicité a été interdite. Depuis quelques années, le taux de tabagisme parmi les jeunes Finlandais augmente à nouveau, peut-être à la suite de l'augmentation des revenus et de l'argent de poche ou encore de la diffusion télévisée d'émissions sportives par les pays environnants, sponsorisées par l'industrie du tabac, que regardent régulièrement les jeunes Finlandais.

En termes nets, il s'ensuit que l'Islande, la Norvège, la Finlande et la Suède, qui ont interdit la publicité totalement ou quasi totalement depuis 10 ans ou plus, n'ont pas enregistré de baisses significatives ou de hausses sensibles de la consommation de tabac. Ces résultats devraient être comparés avec ceux qui auraient été enregistrés en l'absence de toute interdiction.

Dans les quatre pays nordiques cités, la consommation de tabac avait atteint un plafond au moment où une législation sur l'interdiction totale ou quasi totale de la publicité a été adoptée ou

mise en application. Depuis l'année où l'interdiction dans chacun de ces pays a été totale, jusqu'en 1986, la croissance des revenus a rendu les cigarettes moins coûteuses. Pour les Finlandais, le revenu réel par habitant a augmenté, postérieurement à l'interdiction (1978-1986). Bien que les taxes grevant le tabac aient été majorées à plusieurs reprises, ces majorations n'ont pas été suffisamment fréquentes pour compenser la hausse de l'inflation et des revenus.

Dans les pays nordiques cités, de même qu'en Suède, le prix des cigarettes par rapport au revenu, comparé à l'année de l'interdiction de la publicité, était inférieur à ce qu'il était en 1986. En Norvège par exemple, le revenu journalier par habitant permettait d'acheter l'équivalent de 345 cigarettes en 1975, contre 416 en 1986.

Un effet réel

Sur base des études économétriques il peut être conclu que l'interdiction de la publicité sur le tabac entraîne une baisse de la consommation des produits tabagiques durant l'année au cours de laquelle elle intervient. De plus, elle continue à sortir ses effets au cours des années qui suivent, et ce dans l'hypothèse où les autres facteurs restent constants. Il va également sans dire que l'interdiction provoque largement la baisse de la consommation qui s'ensuit. Pour le reste, le déclin observé au niveau de la consommation consécutivement à l'interdiction de la publicité en Finlande, au Canada et en Nouvelle-Zélande est dans une grande mesure le fait de l'exploitation par les gouvernements de la nouvelle situation, qui découle ou est créée par l'adoption d'une législation anti-tabac, en vue de tirer de nouvelles recettes fiscales des produits du tabac.

Parmi les pays de l'OCDE, les pays dont la consommation de produits tabagiques était inférieure à 2 kg par adulte en 1991 sont, semble-t-il, ceux qui ont totalement ou quasi totalement interdit la publicité protabagique - la Suède, la Nouvelle-Zélande et la Norvège. L'interdiction de la publicité constitue un des éléments essentiels de l'efficacité des programmes globaux de surveillance tabagique. Une interdiction absolue de la publicité est un des instruments politiques majeurs auquel tout gouvernement peut recourir pour rendre la vie de ses citoyens plus saine et à l'abri du tabagisme.

D'après un article publié par le British Journal of Addiction - texte fourni par l'Oeuvre Belge du Cancer

méthode; matériaux pour le diagnostic; faits connus ou méconnus; orientation de l'action; adaptation à l'environnement et agencement des moyens; évaluation de la production.

BOULTE P., Le diagnostic des organisations appliqué aux associations, Presses Universitaires de France, Col. Le sociologue, Paris, 1991, 183 p. (Localisation: RESO I.02.02)

Lors de la 3ème Conférence européenne des Bibliothèques Médicales qui a eu lieu du 23 au 27 septembre 1992, Mme Lynn M. Fortney de Birmingham, USA, a fait une communication remarquable sur les caractéristiques d'une équipe de travail à "haute performance". Nous nous ferons un plaisir de vous la communiquer sur demande, ainsi que l'ensemble des conférences de ce congrès intéressant surtout les documentalistes et bibliothécaires.

3ème Conférence Européenne des Bibliothèques Médicales, Le transfert de l'information: temps nouveaux - méthodes nouvelles, Montpellier 23-26 septembre 1992 (Localisation des documents: RESO)

DOCTES

La base de données DOCTES recèle quelques trésors concernant le travail: pas moins de 19 mots clés, donnant accès à 226 références: elles concernent les accidents de travail, l'accès au travail, les conditions de travail, les enfants au travail, l'éducation pour la santé en milieu du travail, les femmes au travail, l'intoxication au travail, la juridiction du travail, la médecine du travail, le milieu du travail, la prévention en milieu du travail, la santé au travail, le travail en équipe, en groupe, posté ou social, la qualité au travail et le travailleur.

Plongeons maintenant au sein de quelques-unes de ces références au hasard d'un thème:

Santé et qualité de vie au travail

"Qualité de vie au travail, une voie vers l'excellence". Ce livre présente une réflexion sur l'amélioration du travail et de son environnement psychosocial. Il fournit au lecteur les connaissances et les outils lui permettant d'améliorer la qualité de vie au travail et la qualité de son environnement humain, qu'il soit gestionnaire ou employé.

TURCOTTE P.R., La qualité de vie au travail: une voie vers l'excellence, Agence d'Arc, Montréal, 1988, 277 p. (Localisation: RESO WC.04.04.11).

"Gestion de la qualité dans les établissements de santé". Le Dr Joan Kahn présente un ouvrage qui se veut flexible, pour permettre son implantation dans tout type d'établissement de santé. Il aborde huit sujets: le matériel, la technologie, l'environnement, les ressources humaines, les politiques et procédures, l'information, les réseaux et le conseil d'administration.

La gestion de la qualité peut s'y pratiquer par quatre méthodes: la résolution de problèmes, la conformité envers les normes, la planification des buts et le contrôle des écarts... L'auteur insiste sur le fait que la gestion de la qualité ne peut être utile et efficace que si elle est acceptée et appliquée à tous les niveaux de l'organisation. Il faut aussi que toutes les personnes impliquées soient suffisamment motivées et stimulées.

KAHN J., Gestion de la qualité dans les établissements de santé, Editions Agence d'Arc, Montréal, 1990, 230 p. (Localisation: RESO WC.04.04.12)

"Le stress au travail: mesures et préventions". Cet ouvrage de psychologie industrielle tente de répondre à deux questions fondamentales: que faire pour identifier le stress individuel et organisationnel au travail et que faire pour le contrer? Les auteurs jettent un nouvel éclairage sur la prévention du stress en repre-

nant certaines stratégies d'intervention déjà connues dans les sciences humaines telles que: mieux vivre les rôles au travail, rendre le travail plus satisfaisant, favoriser la performance, gérer les conflits ...

SAVOIE A., FORGET A., Le stress au travail: mesures et préventions, Agence d'Arc, Montréal, 1983, 298 p. (Localisation: RESO WC.01.02.03)

"Santé et sécurité du travail" montre comment la nouvelle loi canadienne sur ce sujet représente un virage capital dans la façon d'aborder les problèmes. En effet cette loi mise sur la prise en charge, sur la participation des employeurs, des travailleurs et de leurs associations, sur la concertation de tous les milieux intéressés et sur la parité patronale-syndicale.

PLASSE M., Santé et sécurité du travail, Agence d'Arc, Montréal, 1988, 155 p. (Localisation: RESO WC.01.02.01.03)

Dans le même ordre d'idées, l'ouvrage français édité en 1990 par le Comité Français d'Education à la Santé, "Les maladies professionnelles", nous présente une définition intéressante de la maladie professionnelle ainsi qu'une classification des symptômes et des pathologies.

COMITE FRANCAIS D'EDUCATION A LA SANTE, Les maladies professionnelles, CFES, Vanves, 1990, 255 p. (Localisation: RESO WC.04.04.09)

En interrogeant la base Doctes, des articles de 1992 concernant la qualité de vie en milieu professionnel ont retenu notre attention:

Un article émanant de la revue anglaise "Journal of the Institute of health education" expose une étude basée sur un questionnaire envoyé à tous les employés d'entreprises situées au sein d'un même district afin de dégager éventuellement une politique de promotion de la santé.

BREWING M., CHARNY M., EADE A., Health Promotion at Work-NHS Staff Involvement, in Journal of

RESODOC: la doc ad hoc!

Le travail c'est la santé!

Comme les vacances sont déjà loin, nous nous sommes penchés ce mois-ci sur une préoccupation majeure: le milieu du travail.

La santé des travailleurs selon l'OMS

Le but 25 de la santé pour tous proposé par l'OMS - Région Européenne a été modifié (en même temps que les autres) et élargi en septembre 1991.

Tout en restant axé sur les aspects environnementaux de l'hygiène du travail, il inclut maintenant des mesures orientées vers le mode de vie. Voici le texte: "Santé des travailleurs: D'ici l'an 2000, il faudrait améliorer la santé des travailleurs dans les Etats Membres, en rendant les lieux de travail plus sains, en réduisant la fréquence des maladies professionnelles et des accidents du travail, et en assurant activement la promotion de la santé." Suivent les dispositions précises pour atteindre le but.

O.M.S., Actualisation des buts européens de la santé pour tous, Quarante et unième session à Lisbonne les 10-14 septembre 1991 du Comité régional de l'Europe, rapport au Bureau Régional de l'Europe, EUR/RC41/8 +/- Conf.Doc./5 Rev.1 (Localisation: RESO OMS série bleue).

L'OMS nous apporte également bon nombre de lectures intéressantes, ainsi qu'une nouvelle série "European Occupational Health Series", dont deux numéros sont déjà parus:

n°1: "Occupational health in the 1990s, A framework for change", 63 p.

n°2: "Lifestyle and Health Risk at the Workplace", 44 p.

Nous espérons recevoir bientôt la version française (elle arrive en général 3 à 4 mois après la version originale).

Par ailleurs, une série de rapports de réunions sur le travail dans les services de santé et les risques de santé liés au mode de vie chez les travailleurs précédent, complètent et actualisent régulièrement cette collection.

Organisation et gestion du travail

Faire un travail satisfaisant dans un environnement sûr et agréable est une source de santé et de bien-être pour l'être humain.

"Le milieu du travail peut être envisagé comme un ensemble opératoire ayant pour but la production des biens ou des services. Sous l'impulsion de la psychologie cette conception a évolué vers un système humain posant des problèmes de liaison, de décision, de pouvoir et de contrôle d'activités pour aboutir depuis quelques années à un système culturel, symbolique et imaginaire, lieu où s'entrecroisent fantasmes, désirs individuels et collectifs, projets conscients...", voici comment Eugène Enriquez voit le monde du travail.

Ce spécialiste de l'analyse des organisations nous présente, dans son dernier ouvrage, un double objectif. D'une part préciser les différents niveaux d'analyse de l'organisation à travers les instances mythiques, social-historique, institutionnelle, organisationnelle, groupale, individuelle, pulsionnelle, ainsi que leurs interactions. D'autre part, il présente trois recherches-interventions dans des milieux de travail différents: une entreprise de

distribution, une communauté religieuse et un centre d'hébergement pour femmes en difficulté.

C'est l'ouvrage rêvé pour les responsables d'organisations ou d'équipes à la recherche de la motivation profonde de leur personnel...

ENRIQUEZ E., L'organisation en analyse, Presses Universitaires de France, Col. Sociologie d'aujourd'hui, Paris, 1992, 334 p. (Localisation: RESO I.02.01).

Dans le même ordre d'idées, un autre ouvrage peut compléter la réflexion. L'auteur de celui-ci analyse le milieu du travail dans le secteur associatif. Voici un résumé indicatif: ayant à trouver des solutions pour combler les insuffisances de l'organisation sociale, les associations doivent combiner l'action de multiples partenaires, mobiliser des ressources rares et chichement mesurées, concevoir et mettre en oeuvre une grande variété de savoir-faire. Leur gestion est des plus complexes. La façon de les diriger doit prendre en considération des logiques de nature administrative, politique, culturelle, sociale ou économique, qui toutes ont leur place dans la production associative, et veiller à la cohérence d'ensemble. La pratique du diagnostic pluridisciplinaire répond à ce besoin de cohérence. De l'approfondissement de sa connaissance et de son utilisation dépendent, non seulement la santé et la crédibilité de ces associations si essentielles à notre vie collective, mais aussi notre capacité de progresser dans la conduite des organisations complexes de quelque nature qu'elles soient. Les grands chapitres de cet ouvrage sont les suivants: complexité et cohérence: exemples de situations relevant d'un diagnostic (association de quartier, centre d'accueil et d'hébergement, association pour l'insertion professionnelle); originalité et fonctionnement associatif; le diagnostic: éléments de

Les jeunes Belges et leur santé

Mon propos est de partager avec vous les principaux résultats observés lors de la comparaison des comportements des jeunes des communautés française et flamande.

Cette comparaison a nécessité une préparation statistique des données afin de rendre ces dernières absolument comparables. Il s'agit donc de ne pas prendre un tableau dans une brochure pour le comparer avec un tableau similaire de l'autre brochure: les jeunes n'ont peut-être pas exactement le même âge, ou bien ne sont-ils pas homogènes au point de vue social.

Le premier aspect de cette comparaison concerne quelques comportements retenus par l'Organisation Mondiale de la Santé comme indicateurs de santé.

Assuétudes

En ce qui concerne le tabac, nous remarquons les tendances suivantes: il y a plus de garçons francophones non-fumeurs que de néerlandophones non-fumeurs. Par contre, pour les filles, c'est l'inverse: il y a plus de filles non-fumeuses en Flandre qu'en Communauté française. Cette observation est vraie qu'il s'agisse des 11, 13, 15 ou 17 ans.

Les jeunes élèves néerlandophones disent consommer plus souvent de l'alcool que les jeunes francophones. Et de nouveau, cela est vrai pour les différents groupes d'âge et les deux sexes. Ceci ne varie pas avec le type d'enseignement. Ce résultat favorable à la Communauté française est dû à la présence dans le groupe de jeunes interrogés de jeunes musulmans qui ne consomment jamais d'alcool.

Lorsque nous regardons les jeunes qui disent avoir été ivres 2 fois ou plus, nous observons une fois encore des résultats plus favorables pour les garçons fran-

cophones. En ce qui concerne les filles, le résultat favorable % de jeunes pour les jeunes francophones de 11 et 13 ans s'inverse en faveur des jeunes filles néerlandophones à 17 ans.

Passons aux médicaments et prenons l'exemple de la consommation de somnifères ou d'anxiolytiques le mois précédant l'enquête. Nous remarquons ici une tendance nette, quel que soient le sexe, l'âge ou le type d'enseignement, en défaveur des jeunes francophones qui sont 2 à 3 fois plus nombreux que les néerlandophones à déclarer consommer ces produits.

Et enfin, les drogues illicites: ici aussi, nous observons une consommation déclarée beaucoup plus importante chez les francophones de 15 et 17 ans que parmi les Flamands du même âge.

Habitudes alimentaires

Passons à l'alimentation. Nous avons regardé le pourcentage des jeunes qui consommaient au moins une fois par jour un fruit ou un légume. Il n'y a pas de différence parmi les élèves de 11 ans des deux communautés. Ceci n'est plus vrai quand on examine les résultats des élèves plus âgés: une différence s'installe à la fois chez les filles et les garçons, en faveur des jeunes néerlandophones qui, à 17 ans, quels que soient le sexe et le type d'enseignement sont plus nombreux à consommer fruits ou légumes.

Nous ne pouvons pas ne pas parler de frites. Et bien, les jeunes francophones sont plus nombreux que les néerlandophones à consommer des frites chaque jour et cela, quels que soient le sexe, l'âge et le type d'enseignement.

Voyons pour terminer deux comportements de protection: se brosser les dents chaque jour et mettre une ceinture de sécurité dans la voiture.

Nous observons ici des résultats semblables parmi les plus jeunes des deux communautés. Toutefois, avec l'âge, une différence s'installe en faveur des jeunes néerlandophones, plus nombreux à se brosser les dents et à utiliser la ceinture de sécurité.

Des écarts qui sont autant de défis

Globalement, les résultats des jeunes néerlandophones sont plus favorables que ceux des jeunes francophones et cela est d'autant plus vrai que l'âge augmente. Cette constatation appelle plusieurs commentaires.

Pour nous, francophones, ces résultats globalement plus favorables dans le nord du pays nous indiquent des objectifs réalistes. Si à 15 ans, 3% des garçons flamands ont consommé un anxiolytique, c'est qu'il est possible de ramener à ce niveau nos 9% de jeunes francophones.

Deuxième remarque: ces différences entre le nord et le sud du pays ne sont pas nouvelles. Des scientifiques comme le Professeur Kornitzer de l'U.L.B. et le Professeur De Bakker de l'université de Gand ont observé en 1978 qu'il y avait plus de fumeurs en Flandre qu'en Communauté française. C'est la même chose maintenant en ce qui concerne les jeunes garçons.

Un an après, ces mêmes scientifiques et leurs équipes montraient que le niveau du cholestérol sanguin était plus élevé dans le sud du pays que dans le nord. Et nous, en 1990, nous observons que les jeunes francophones mangent plus mal que leurs condisciples du nord. Apparemment, la situation ne s'est pas beaucoup améliorée: les inégalités sont toujours là et se reproduisent de génération en génération.

Vous aurez compris qu'on ne peut pas stigmatiser les diffé-

rences entre les jeunes sans faire référence à la culture sanitaire des deux communautés et aux modèles sensiblement différents offerts aux jeunes par les adultes. Si les adultes flamands mangent plus de margarine et moins de frites que les adultes francophones, il ne faut pas s'étonner d'observer un régime alimentaire plus équilibré parmi les jeunes flamands que parmi les jeunes francophones.

Enfin, dans les deux communautés, on observe aussi des similitudes qui ne peuvent que retenir notre attention. Je citerai l'observation de poches d'inégalités, de groupes de jeunes qui cumulent des risques de santé physique (exemple: polytoxicomanie), affective (mal-être) et sociale (exemple: difficulté de communiquer). Ces différents aspects de la santé s'influencent mutuellement: c'est ainsi qu'on a observé que plus un jeune est bien intégré dans sa famille ou dans l'école, et plus il adopte des comportements sains, mieux il se sent bien dans sa peau.

Et vice versa: moins un jeune est intégré dans l'école et la famille, et plus il cumule les risques pour sa santé physique et affective. Ces jeunes, moins bien intégrés et courant plus de risques sont plus nombreux dans l'enseignement professionnel que dans l'enseignement technique et général.

Face à cette constatation, nous ne sommes pas trop de deux communautés pour unir nos forces dans l'espoir de réduire les inégalités de santé parmi les jeunes.

Pour en savoir plus

Ces quelques résultats de l'étude ne donnent qu'un bref aperçu des informations disponibles. En plus des différentes publications en chantier, certaines données seront prochainement disponibles par vidéotexte, via l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie.

Une brochure destinée aux éducateurs et aux professionnels de

la santé s'occupant de jeunes est disponible à Promes au prix de 200FB. Cette brochure résume les principaux résultats de l'analyse menée l'année dernière en collaboration avec des responsables d'organismes d'éducation pour la santé et des représentants de parents et enseignants. Divers rapports plus détaillés vont être publiés dans les mois qui viennent dans la série de documents de travail "Santé Pluriel".

Danielle Piette, PROMES

La santé des jeunes flamands

Depuis plusieurs années, la Communauté française participe à l'enquête OMS "Les comportements de santé des jeunes". Notre mensuel l'a d'ailleurs déjà évoquée dans ses colonnes (voir notamment l'article de Marianne Prévost paru en novembre de l'année dernière).

Au moment où l'enquête 1992 est terminée, les résultats de la précédente sont connus. Fait nouveau, la récolte de données en 1990 s'est faite pour la première fois dans les trois communautés du pays (voir le texte de Danielle Piette).

En attendant, pour marquer le coup, la Communauté flamande vient de publier une luxueuse brochure reprenant quelques résultats significatifs. Sous le titre "Jongeren en gezondheid in Vlaanderen - resultaten van een schoolenquête" (nous ne vous ferons pas l'injure de traduire!), ce document fournit une masse non négligeable d'informations utiles pour les intervenants en promotion de la santé dans le secteur de la jeunesse.

Les auteurs, Ruud Peeters (Universiteit Antwerpen), Lea Maes et Annemie Stevens (Universiteit Gent) expliquent d'abord en quoi consiste l'enquête OMS. Ensuite, ils situent la population concernée selon l'âge, le sexe et le type d'enseignement (général, technique, professionnel).

La majeure partie de la brochure est composée de graphiques commentés sur les sujets suivants:

- facteurs de risque (tabac, alcool);
- perception de l'état de santé,

plaintes, usage des médicaments;
- habitudes alimentaires et perception du corps;
- comportements de santé (hygiène dentaire, port de la ceinture de sécurité, pratique du sport en dehors de l'école);
- contacts sociaux (relations avec les parents, les amis), sentiment de bien-être, heures passées devant le poste de télévision + jeux vidéo;
- perception de l'école et de l'examen médical scolaire.

La plupart des résultats ne surprendront pas ceux qui connaissent un peu le sujet, mais on est quand même frappé par les "mauvais scores" répétés de l'enseignement professionnel. Un exemple parmi d'autres: plus d'un quart des élèves de l'enseignement professionnel regardent la télé tous les jours pendant au moins 4 heures. Voilà qui fera au moins plaisir à VTM!

Morbidat

Dans le courant de l'an dernier, le Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP) a réalisé un inventaire des banques de données en matière de morbidité, invalidité et handicaps.

Ce travail est lié à la mission essentielle du CROSP, qui est de gérer l'information sanitaire de manière à la rendre utilisable par les décideurs politiques.

Cet inventaire constitue la première étape d'un projet visant à l'élaboration d'une banque d'informations sanitaires intégrées impliquant la traduction et l'intégration de ces données parmi celles relatives au bien-être, à la mortalité et aux déterminants de santé (styles de vie, services de santé, environnement).

leur parle du sida. Certains estiment qu'il aurait fallu faire plus de publicité, mieux choisir les emplacements, rester plusieurs jours dans la même ville; d'autres regrettent le caractère ponctuel, et non lié aux relais locaux, de l'opération. Ce qui rejoint certains avis exprimés dans l'enquête réalisée à l'intérieur du bus.

Il faut souligner qu'ici encore, personne ne semble indifférent au problème du sida - tout en disant que les autres ne le prennent pas assez au sérieux! Lorsqu'elles ne se sentent pas concernées personnellement ("vous comprenez, à mon âge!"), les personnes interrogées évoquent leur rôle en tant que parents - ou grand-parents - ou en tant que relais informels, tel ce patron de café, déjà âgé, qui rappelle aux jeunes guindailleurs que le sida existe. Ce rôle des adultes vis-à-vis des jeunes était également perceptible dans les commentaires verbaux des visiteurs du bus.

Second souffle

Les personnes qui ont visité le bus ont manifesté un intérêt certain, ont pu formuler par écrit certaines préoccupations, parfois très précises. Le souhait massif de recevoir plus d'informations est à souligner, de même que celui de voir banaliser le préservatif; des campagnes de ce type rencontrent donc une demande.

Ceux qui n'ont fait que passer devant le bus, n'expriment pas d'indifférence vis-à-vis du problème, ni d'hostilité envers la campagne et rarement le "ras-le-bol du sida". La gêne semble intervenir dans de nombreux cas; elle s'explique évidemment par le thème lui-même et l'on peut se demander si les gens qui n'osent pas monter dans un bus anonyme ne sont pas justement ceux qu'il faudrait toucher en priorité. En effet, parmi ceux-là, combien sont capables de négocier l'adoption d'un comportement préventif dans une relation personnelle?

Comme l'écrit un adolescent, "certains jeunes sont timides, il faut aller à leur rencontre"; tel est bien l'objectif du bus. Cette proximité est augmentée lorsque

les animateurs vont davantage à la rencontre des gens. Par exemple, l'"accrochage" humoristique fait par les comédiens du Magic Land à Stavelot a permis à de nombreuses personnes de surmonter leur timidité. Le visuel "Justin et Olive à cheval sur un préservatif en route vers la planète Amour", généralement bien perçu, semble toutefois susciter la gêne chez certains, la présentation de ce logo suscite souvent de petits rires étouffés, et une mise en confiance a été nécessaire pour amener les gens à s'exprimer "sérieusement". Une évaluation plus approfondie de la perception de ce visuel est envisagée en collaboration avec un étudiant qui a participé à l'évaluation de la campagne.

La solidarité est rarement évoquée dans les trois enquêtes; mais il n'y a que très peu d'attitudes clairement discriminatoires. Il serait imprudent de conclure trop vite à ce sujet: un tel thème doit être cerné de manière plus fine et selon une procédure d'enquête plus neutre.

Comme n'importe quel outil, le bus n'est qu'un support; il n'a d'intérêt que s'il est utilisé avec compétence et intégré dans un processus global. L'implication des relais locaux a été minime dans cette campagne, mise sur pied dans des délais trop courts pour laisser place à une réelle collaboration. Or, seule cette implication permettra de lever certains des obstacles constatés: pris en main par des services connaissant bien leur public, le bus pourra servir d'amorce à des échanges plus approfondis, mieux adaptés à des préoccupations qu'il est difficile de confier à des animateurs de passage et pas assez formés.

Comment s'approprier un outil aussi spécifique, alors que l'on n'a pas participé à sa conception? En le considérant avant tout comme un outil parfait, qu'il s'agit de moduler en fonction des réalités locales. L'Agence est ouverte aux suggestions, et s'efforce de suivre, de soutenir et de recueillir les suggestions des organismes qui ont réservé le bus ou qui désirent le faire.

**Marianne Prévost,
Christine Etienne**

Quelques questions...

Qui est le plus concerné, les hommes ou les femmes? Comment les enfants peuvent-ils l'attraper? Est-ce qu'une femme enceinte séropositive transmet toujours le virus à son enfant?

Quelle espérance de vie quand on est malade, quelles séquelles?

Comment savoir si on l'a?

A quel âge peut-on l'attraper?

Comment ça s'attrape vraiment? Est-ce qu'on ne peut pas l'attraper autrement que par les relations sexuelles? Est-ce que le sida se transmet à chaque relation sexuelle? Est-ce qu'il n'y a pas des modes de transmission qu'on ne connaît pas encore? Est-ce qu'on peut l'attraper par contact avec des objets?

Est-il sûr qu'une piqûre de moustique ne peut pas contaminer, alors qu'une piqûre de seringue le peut? Et la transfusion, qu'en est-il? Et la salive? Le risque chez le dentiste?

Est-ce qu'il n'y a pas d'autres moyens de protection que le préservatif? Est-ce que le préservatif est efficace? Et la pilule?

Dans quel délai faut-il faire le test? Est-il vrai que le test ne permet pas toujours de détecter le virus? Et le nouveau virus? Est-ce qu'il y a des groupes sanguins plus fragiles? Pourquoi est-ce que les séropositifs attrapent plus vite le virus?

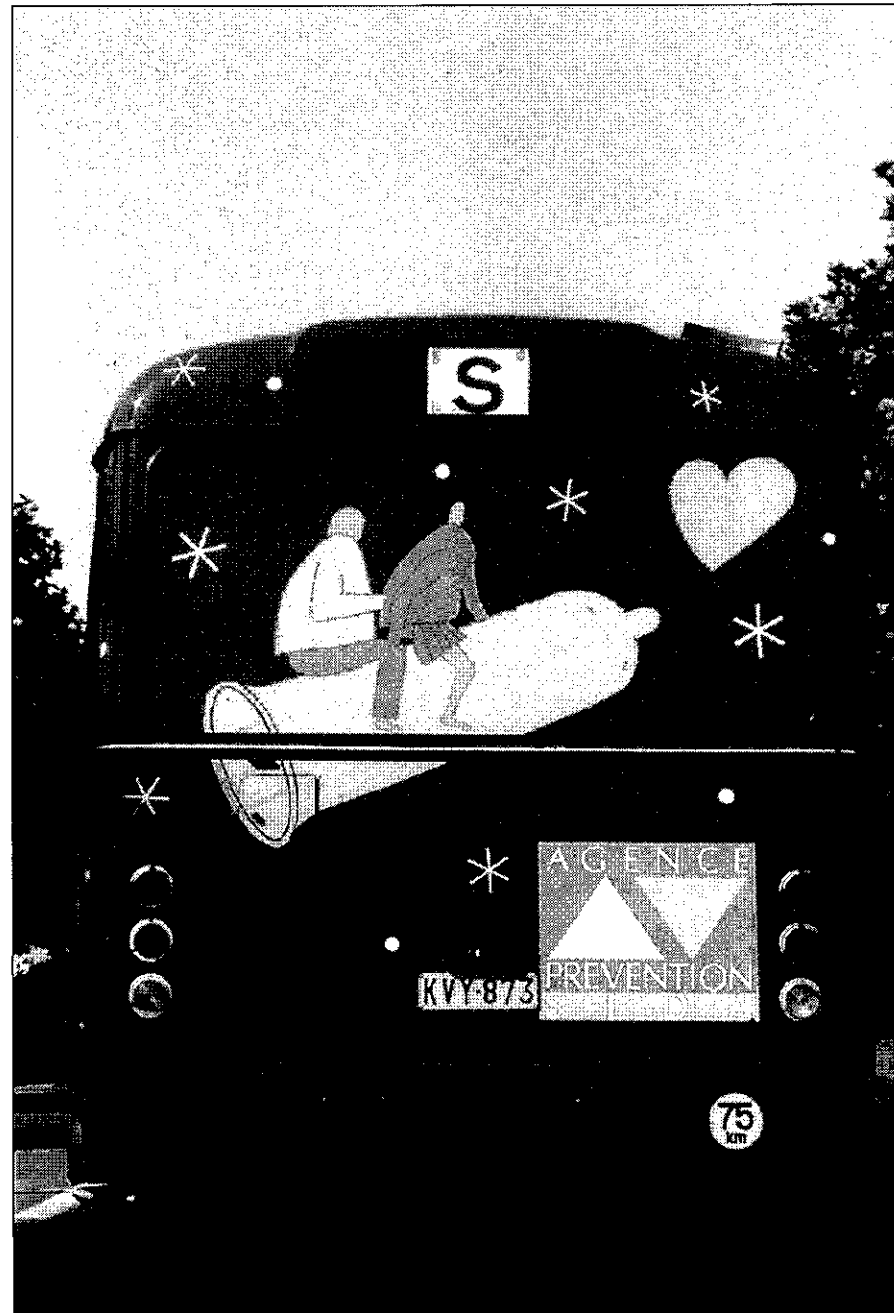
...et quelques commentaires:

Ce qui me préoccupe, c'est le nombre de jeunes qui ne s'occupent pas de précautions et alors ils s'étonnent de pourquoi ils meurent!

Continuez l'information, mais sans induire la nécessité de papillonner pour être comme les autres.

Continuez votre course à travers la Belgique et dans le monde!

Je trouve ça bien qu'on informe tout le monde. Malheureusement beaucoup de gens ne visiteront pas votre bus. Courage, ça viendra, un jour elle n'existera plus cette maladie et tout le monde sera heureux. Restons positifs!



banaliser, en faciliter l'accès, voire le distribuer gratuitement.

Les préoccupations exprimées révèlent des incertitudes sur le diagnostic, les symptômes, le pronostic, les modes de transmission et de protection. Ces préoccupations témoignent souvent d'une méconnaissance assez profonde du problème; il semble donc que la visite du bus n'ait pas suffi à dissiper ces incertitudes. Reste à savoir si les brochures emportées seront lues, comprises, intégrées, ce qui pourrait être vérifié auprès des

personnes qui ont laissé leur numéro de téléphone.

Beaucoup de répondants attendent avec impatience que l'on trouve un vaccin ou un traitement, estiment qu'il faudrait consacrer plus de moyens à la recherche et à la prévention, et s'inquiètent de l'évolution rapide de l'épidémie. La solidarité est parfois évoquée: "il ne faudrait pas parler seulement du comment on attrape la maladie mais également des sentiments et des réactions qu'ont les gens atteints.

C'est aussi très important, et cela pourrait atteindre le public."

Manque de temps ?

Une soixantaine de personnes qui passaient devant le bus sans y entrer ont été interrogées; 25 ont refusé l'interview "par manque de temps".

Sur les 31 restantes, 26 ont bien repéré l'objectif du bus; 23 ont un avis positif sur cette action (les autres n'ont pas d'opinion). Elles disent ne pas monter dans le bus par manque de temps, parce qu'elles ne se sentent pas concernées, ou sont suffisamment informées. Cependant, certains estiment que d'autres sont probablement gênés d'entrer dans le bus et se seraient servis s'il y avait eu des brochures disposées devant le bus.

Quinze jours après le passage du bus, un petit sondage a été fait à Stavelot et Namur; 43 personnes, abordées au hasard dans la rue ou dans les magasins, ont répondu à nos questions.

En début d'interview, nous leur présentons le logo du bus sur carte postale. Environ deux tiers des répondants reconnaissent le logo. 9 d'entre elles l'associent au bus, les autres l'ont vu (sous forme d'autocollants, d'affiches) dans les bistrotts, les gares, ou à la TV. La signification du logo est claire pour tous. Invités à le qualifier, 14 choisissent un terme neutre ou descriptif (sida, préservatif), 23 un terme positif (marquant, expressif, original...), 6 un terme négatif (ridicule, cul-cul...).

La plupart ne se souviennent pas spontanément du bus; toutefois, en insistant un peu, 14 disent l'avoir vu; mais personne n'y est monté, par manque de temps, d'implication ou par gêne; aucun n'a reçu de brochure, ni parlé avec les animateurs.

L'objectif d'information sur le sida est bien perçu; certains pensent toutefois qu'il s'agissait essentiellement de distribution de préservatifs. Ce qui peut expliquer la gêne exprimée.

Qu'ils aient ou non vu le bus, la plupart des répondants estiment qu'il est utile d'informer sur le sida; seulement 7 trouvent que ce type d'action est inutile, doutent de son efficacité ou pensent que les gens en ont assez qu'on

Les données ont été classées en référence aux "Buts de la santé pour tous en l'an 2000" de l'OMS selon les catégories suivantes:

infections
troubles de l'appareil locomoteur
troubles cardio-vasculaires
cancer
troubles respiratoires
maladies professionnelles
troubles mentaux
pathologies bucco-dentaires
diabète
tentatives de suicide
accidents
pathologies materno-infantiles
toxicomanies
invalidité
handicaps

Voici le profil de chaque banque de données répertoriée:

- coordonnées du gestionnaire
- description des objectifs et du mode de récolte des données
- description des paramètres faisant l'objet de l'enregistrement informatisé
- accès et disponibilité des données ainsi que publication des résultats de leur exploitation.

Autrement dit, "Morbidity" ne contient pas de données sur les sujets évoqués, mais une série de références permettant, après consultation de la base, de se renseigner auprès de l'organisme concerné.

Les résultats de ce travail sont diffusés aujourd'hui avec la collaboration de la Communauté française. Ils sont disponibles sous la forme d'une disquette exploitable sur tout PC équipé d'un lecteur 3 pouce et demi haute densité.

La consultation est très simple, et l'utilisation vraiment confortable si vous disposez d'un écran couleur.

Du beau travail, que ses auteurs ne demandent qu'à compléter en y ajoutant les banques de données qui leur auraient échappé.

Renseignements: Dr Tafforeau, CROSP, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, rue Juliette Wytsman 14, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/642.53.71, fax: 02/642.50.01 ■

"Namur, entrez sans fumer"

A l'instar de Besançon, d'Empoli (Italie) et bientôt de Tolède (Espagne), Namur s'inscrit dans la chaîne européenne des "Villes sans tabac". Les actions développées se font dans le cadre du programme "Europe contre le cancer". Chaque ville s'est engagée à créer un climat propice à la non consommation de tabac en apportant des solutions concrètes aux personnes qui souhaitent arrêter de fumer et en organisant une prévention en milieu scolaire et professionnel.

En adhérant à la convention des "Villes sans tabac", la Ville de Namur s'engage à:

- élaborer des campagnes médiatiques (conférence de presse, campagne d'affichage);
- créer des espaces non-fumeurs;
- développer des plans d'arrêt du tabac notamment en milieu professionnel;
- mettre en place des actions éducatives dans le milieu scolaire.

Dès lors, les ambitions du projet "Namur entrez sans fumer" seront multiples:

- faire de Namur la première Ville belge pour sa faible population de fumeurs;
- participer à la création d'un environnement sain;
- faire prendre conscience aux Namurois qu'ils vivent une expérience unique en Belgique;
- favoriser l'idée de forme et de santé;
- former des enseignants, des chefs de personnel à la prévention du tabagisme, par des professionnels de la santé;
- assurer des animations dans les écoles dont l'objet est de faciliter l'adoption de comportements sains;
- assurer la formation d'enseignants à la prévention du tabagisme;
- encadrer des projets d'"écoles sans tabac";
- promouvoir les services d'aide aux fumeurs;
- développer progressivement des espaces non-fumeurs (lieux collectifs, établissements scolaires, taxis, bus...).

- réduire le climat d'opposition entre fumeurs et non-fumeurs, par exemple sur les lieux de travail, dans les transports (train, avion...) et les restaurants.

Le projet, qui s'étendra sur une durée de cinq ans, a déjà été à l'origine de plusieurs manifestations, principalement lors de la dernière journée mondiale sans tabac. Une campagne d'affichage, un programme de désaccoutumance au tabac sur les lieux de travail pour les employés communaux et la remise du "Papillon de la Santé" à une entreprise namuroise récompensant ses actions de prévention du tabagisme parmi son personnel, ont été les points marquants des premières actions menées par la Ville de Namur et ses partenaires.

Une campagne médiatique a lancé officiellement le programme le week-end du 10 et 11 octobre, avec l'accueil des délégations étrangères des autres villes sans tabac et par un "Parcours Découverte Santé" qui consistait à réaliser une série d'épreuves, en famille et à travers le centre de Namur. De même, durant ces deux jours, fut inauguré un parcours Vita, "La piste européenne de la santé", dans le domaine fortifié de la citadelle.

Une partie importante du travail réalisé par l'Echevinat des Affaires Sociales a été de réunir autour de ce projet un ensemble de partenaires et de faire converger toutes les énergies en faveur de la prévention du tabagisme.

Au cours des prochaines semaines, des actions seront entreprises prioritairement dans les écoles, tant au niveau des élèves, par des animations, qu'au niveau des enseignants par des modules de formation à la prévention du tabagisme.

Pour tout renseignement complémentaire : contacter la CLC de Namur au 081/22 24 22.

Axel Roucloux, CLC de Namur, **Luc Schreiden**, CAF de Namur. ■

TABAC

L'Europe en fait trop ou pas assez

Les Ligues contre le Cancer condamnent l'inertie du Conseil dans la lutte contre le tabagisme

Un rapport publié par l'Association Européenne des Ligues contre le Cancer (ECL) critique le Conseil des Ministres de l'Agriculture de la CE pour le peu de cas qu'il fait des 430.000 décès causés chaque année par le tabac dans la Communauté.

"Le Conseil continue à tergiverser face aux efforts de la Commission en vue de limiter les subventions colossales à la culture de tabac au titre de la dispense politique agricole commune" déclare l'ECL. "Tandis que la Communauté européenne dilapide plus de 5 millions d'écus par jour en subventions à la culture du tabac, elle ne consacre que 11 millions d'écus par an à sa campagne "L'Europe Contre le Cancer", qui s'efforce de lutter contre le tabagisme. Les priorités sont complètement inversées."

L'an dernier, la production de tabac brut est montée en flèche pour atteindre des niveaux inouïs: 456.000 tonnes, soit 36.000 tonnes de plus qu'en 1990. Ces cinq dernières années se sont caractérisées par une tendance constante à la hausse. De l'avis des experts, les dépenses en subventions au tabac échappent à tout contrôle. A l'inverse des cultures vivrières soutenues par la politique agricole commune (PAC), le tabac, loin d'être indispensable à la santé, est au contraire une nuisance pour elle. Or, les subventions à l'hectare pour le tabac sont les plus élevées, et sont par exemple environ 35 fois supérieures à celles octroyées pour les céréales.

"Nous finançons non seulement les subventions à la culture du tabac, mais aussi les exportations de ce produit". Une grande partie du tabac cultivé dans les pays de la Communauté européenne n'est pas nécessaire: il est de si médiocre qualité qu'il ne trouve pas acquéreur sur le marché communautai-

re. La plupart de ces exportations vont aux pays moins développés d'Europe centrale et orientale et d'Afrique du Nord, où les contrôles sur la teneur en goudron sont rares, à l'inverse des cas de cancer du poumon, qui augmentent.

La Commission propose désormais un quota permanent pour les quantités subventionnées de tabac, à savoir 340.000 tonnes par récolte. Pour les Ligues contre le Cancer, cette proposition ne peut être que la première étape d'une suppression progressive des subventions. Les Ligues revendiquent des réductions par paliers, de sorte que dans dix ans, les cultivateurs de tabac aient pu renoncer en douceur à un produit mortel.

Leur rapport propose de nombreuses sources de revenu de remplacement, comme des cultures alternatives, le reboisement, la protection de l'environnement, les programmes de gel de terres, des projets du domaine des loisirs ou encore la retraite anticipée.

L'Association Européenne des Ligues contre le Cancer (ECL) admet que les problèmes très réels liés à la suppression des subventions pour le tabac doivent être dûment pris en considération. Le rapport de l'ECL a été commandé pour apporter une contribution politique à ce débat politique. Ses recommandations sont réalistes et sensibles aux difficultés pratiques de ceux dont le revenu dépend actuellement de la production de tabac.

Mais la situation doit changer, ne serait-ce que pour des raisons financières. Et certaines des ressources ainsi économisées pourraient peut-être alors permettre à la Communauté de s'engager plus fermement dans la voie de la promotion de la santé.

Pour de plus amples informations: Dr Vander Steichel, Oeuvre Belge du Cancer, 02/230.69.00 ou Andrew Hayes (UICC/ECL Tobacco Control Liaison Officer) ou Tony Venables (Euro Citizen Action Service), 02/512.93.60.

Communiqué par l'Oeuvre Belge du Cancer ■

Semaine du coeur

Du 12 au 18 octobre 92, la Semaine du Coeur organisée par la Ligue Cardiologique Belge s'est déroulée sous le slogan "Pour un coeur costaud, choisissez les bonnes graisses". Rien de neuf dans la campagne quant au contenu mais un renforcement des recommandations alimentaires avec un accent mis tout particulièrement sur la consommation des graisses. Voici les recommandations: - diminuer l'apport énergétique c'est-à-dire le nombre de calories ingérées quotidiennement; - diminuer les apports caloriques en graisses; - diminuer l'apport en cholestérol alimentaire; - augmenter la consommation des fibres; - diminuer la consommation de sel; - diminuer la consommation d'alcool.

Une enquête a été effectuée pour calculer le score de graisses personnel de 620 Belges. Les résultats montrent que, en Belgique, il y a une surconsommation de près de 25 % de graisses totales et de 50 % de graisses saturées, due à la surconsommation d'aliments gras. Sont souvent incriminées aussi les graisses "cachées" que l'on absorbe parfois sans s'en rendre compte (viande, fromage, sauces, pâtisseries, etc...).

A l'occasion de la Semaine du Coeur, différents documents ont été diffusés pour soutenir le choix de bonnes graisses: une affiche chez tous les médecins, d'autres affiches et sacs d'emballage dans toutes les grandes surfaces Delhaize et enfin un "tableau des graisses" édité à plus d'un million d'exemplaires.

Ce "tableau des graisses" reprend pour quelques 50 aliments, d'une part la quantité totale de graisses et d'autre part les différents types de graisses. Ce tableau plastifié est conçu pour trouver sa place dans chaque cuisine, pouvant ainsi être consulté avant les achats et pour la préparation des aliments.

Ligue Cardiologique Belge, rue des Champs-Élysées 43, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/649.85.37. ■

Prévention sida

Le bus de la prévention: évaluation

Conçu par l'Agence de Prévention contre le Sida, un "bus de la prévention" a circulé durant tout l'été dans diverses localités de la Communauté française. Cet outil d'animation a été présenté dans le n° 68 d'Education Santé (mai 92). Rappelons qu'il contenait des panneaux informatifs sur le sida, un espace vidéo, des brochures d'information et des échantillons de préservatifs. Une équipe de jeunes animateurs, ainsi que des interventions ponctuelles du Magic Land, devaient en faciliter l'accès.

Ce bus a, avant tout, été conçu comme un outil à disposition des relais; la campagne d'été a permis de le rôder. L'évaluation présentée ici permettra aux organismes intéressés d'identifier la manière dont le public a accueilli cette action.

A cet effet, différentes démarches d'évaluation ont été menées pendant la tournée estivale du bus. Un questionnaire, déposé dans le bus et rempli par les visiteurs, nous a permis de recueillir leurs avis sur cette action, ainsi que leurs principales préoccupations en ce qui concerne le sida. A Namur, nous avons mené l'enquête auprès d'une soixantaine de personnes qui, tout en passant près du bus, n'y montaient pas. Enfin, il nous semblait important de suivre les traces du bus. C'est pourquoi un sondage a été fait à Stavelot et Namur, huit jours après son passage, auprès de personnes prises au hasard dans la rue.

En fin de tournée, près de mille questionnaires avaient été remplis par les visiteurs du bus (513 hommes, 418 femmes) la plupart d'entre eux ont indiqué leur âge; les jeunes sont majoritaires.

Age	Nombre
-15	70
15-20	315
21-29	213
30-39	143
+40	161

682 personnes ont indiqué leur profession. Outre une majorité d'étudiants (373), on trouve des enseignants et des professionnels des secteurs psycho-médico-social. 202 ont des professions très diverses, tant manuelles qu'intellectuelles ou de type commercial.

Les avis sur le bus sont positifs: 117 répondants disent qu'ils ont appris quelque chose, 791 trouvent que cette opération est utile et doit continuer.

Par ailleurs, plus d'un tiers des visiteurs sont prêts à répondre à un sondage ultérieur, et ont à cet effet indiqué leur adresse ou leur numéro de téléphone.

Invités à se prononcer sur ce qui les a le plus intéressés, 500 personnes mettent en tête de liste les brochures et/ou les vidéos. 245 personnes citent l'exposition, 231 les discussions avec les animateurs. Seules, 55 personnes rapportent des échanges intéressants avec d'autres visiteurs.

Les idées du public

Améliorer le bus? 213 répondants suggèrent des modifications: une actualisation des vidéos, d'autres outils d'informations (par exemple, des photos de personnes atteintes), ou une information plus précise sur certains problèmes (toxicomanie surtout). L'accueil et l'animation devraient être plus actifs; certains trouvent qu'il faudrait ajouter aux animateurs, des profes-

sionnels et des personnes atteintes du sida ou offrir la possibilité de passer un test dans le bus. Quelques visiteurs soulignent la nécessité de travailler avec les relais locaux, regrettant le caractère ponctuel de l'action. Les autres modifications suggérées sont d'ordre plus technique: "la musique gêne parfois les projections vidéos", "la couleur est triste", "il faudrait plus de chaises et des boissons dans la salle de projection.

Beaucoup de répondants ont exprimé leurs idées sur ce qu'il faudrait faire pour mieux lutter contre le sida. Nous avons analysé 500 réponses; 130 personnes expriment avant tout le désir d'une information plus large, plus diversifiée et abondant tant les aspects relationnels que médicaux. Une cinquantaine de personnes perçoivent les limites de l'information au sens strict et accentuent les aspects de sensibilisation, de responsabilisation: "Nous sommes très mal informés. Nous sommes éblouis, assourdis, mais très peu sensibles car concrètement il n'y a rien qui nous touche, on ne fait qu'entendre et voir." L'école, dès le niveau primaire, apparaît souvent comme un lieu prioritaire, mais aussi les services publics, les lieux de travail. Certains proposent qu'il y ait plus d'information à la radio, ou des spots TV - type de médias dont les limites sont toutefois reconnues: "Les mass media n'interpellent plus les gens, on voit trop de sexe et de violence à la TV. Mais à partir du moment où on fait la démarche de pénétrer dans un bus, de plonger dans un univers différent, on est interpellé à long terme".

Cent personnes estiment qu'il faut promouvoir le préservatif: le

Le festival s'est clôturé en apothéose avec l'annonce du palmarès et la remise des prix.

Le film allemand "Der Pannuitzblick" de Didi Danquart a remporté le grand prix du festival.

Outre la Clé d'or, ont été primés dans la section professionnelle: "Denial" du réalisateur hollandais Tom Verheul; "Changing" de Iren Van Ditschuyzen (Pays-Bas); "Ces enfants trop calmes" de Pierre François (France).

Une mention spéciale a été décernée à:
- "Pour le meilleur et pour le pire" (Gérard Patris)
- et "L'amour en marge" (Autant Savoir) de Didier Vauthier.

Dans la catégorie amateur:
- le premier prix a été attribué à "Seigneur, ayez pitié" (Marta Elbert - Hongrie);
- deuxième prix: "Au pied de la lettre" (Jean-Charles Van Kerhoven - Belgique);
- troisième prix: "Ados d'âne" (Jean-Claude Bizet - France)

F.K.: Comptez-vous renouveler cette expérience l'année prochaine?

H.D.: L'Association Festival Psy de Lorquin continuera d'organiser dans le même esprit un festival annuel. En ce qui concerne sa dimension européenne, il est sans doute un peu prématuré d'en parler. Mais le projet de départ prévoit l'organisation d'une telle manifestation tous les deux ans dans une ville européenne chaque fois différente.
A suivre donc ...

A l'évidence, ce type de manifestation offre l'opportunité de vision-

ner un maximum de films récents en un seul lieu et durant une courte période. Le festival permet aussi de prendre le pouls de la production audiovisuelle et surtout de rencontrer les réalisateurs et les producteurs.

Une véritable aubaine, faut-il le dire, pour la Médiathèque de la Communauté française de Belgique constamment à la recherche de nouvelles productions pour compléter ou renforcer son catalogue-guide "Education pour la Santé".

Parmi les nombreux films présentés, certains faisaient déjà partie de nos collections. Citons quelques programmes dignes d'intérêt:

"Enfants de coeur" (handicap / SA1996), "Tant qu'il y aura des bébés" (SW0361), "L'amour en marge" (handicap / SA1972), "Au-delà du tunnel, un voyage vers l'espoir" (alcool / SW0311), "Histoires d'amour : Le temps pour voir (SA2063) - Le temps pour comprendre (SA2064) - Le temps pour vivre (SA2065)". Ces programmes sont disponibles dans tous nos services de prêt (Pour plus de précisions, jours et heures d'ouverture: 02/640 38 15).

D'autres documents tels que "Love l'idée" (sida), "Paroles pour une femme enceinte" (Belgique), "Quand les mots tardent à venir" (troubles du langage), "Calinou" (maltraitance), "Bébé à bord", "Attachement, détachement", "Le coeur à l'ouvrage" (handicap), "Les chemins de l'autonomie" (petite enfance / déjà présenté dans le numéro d'octobre d'Education Santé) ont également retenu toute notre attention. Nous ne manquerons pas de vous informer de leur prochaine disponibilité.

S'il est vrai que ce premier "Ciné Vidéo Psy" européen a recueilli un succès méritoire, à la hauteur de l'ambition européenne, voire internationale, du festival, nous ne pouvons passer sous silence certaines difficultés que nous avons rencontrées.

Ne parlons pas de la quantité impressionnante (festival oblige) de documents projetés dans les quatre salles de visionnement, ce qui nous a poussé à certains moments à un véritable marathon des salles obscures.

Le catalogue du festival n'était pas assez explicite pour nous guider utilement dans la programmation de nos visionnements (peu de synopsis précis, pas d'indications fiables du public-cible ni de la qualité technique des réalisations).

Quant à la vidéothèque, lieu idéal pour organiser sa propre journée de visionnement à la carte, des problèmes d'ordre technique (pas suffisamment de matériel disponible, impossibilité de visionner les films programmés le jour même) ou d'autres liés plus spécifiquement à son propre succès (file d'attente, etc.) n'ont pas permis d'en faire ce lieu de projection parallèle et de rencontre qu'on aurait pu espérer.

Mais ces quelques "points noirs" ne terniront pas l'impression globalement positive de cette manifestation et de son organisation!

Eric Vandersteenen et Fabienne Kaeses

* Fabienne Kaeses est chargée de prospection pour les collections thématiques audiovisuelles de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique.

Entraide

Psychologie du dépendant d'un alcoolique

Quelles sont les caractéristiques de la dépendance relationnelle d'un conjoint ou d'une conjointe, d'un parent d'un alcoolique? Quel est le **portrait type** de ce conjoint dépendant de l'alcoolique lui-même?

A la base, il vient d'une famille perturbée dans laquelle ses besoins affectifs n'ont pas été satisfaits. N'ayant pas réussi à changer ses parents pour les transformer en chaleureux et affectueux dispensateurs de soins, il recherche un conjoint alcoolique qu'il va essayer de changer par amour, comme il a voulu le faire pour ses parents. Il investit tout en l'autre et en son désir de le contrôler.

Le conjoint dépendant d'un alcoolique est, en général, terrifié par l'idée d'être abandonné et ferait n'importe quoi pour éviter cela. Rien n'est trop difficile, ni trop cher, ni trop préoccupant, du moment que cela "aide" le conjoint alcoolique et lui évite d'être seul.

Les signes et symptômes de la maladie alcoolique, de la dépendance alcoolique, se retrouvent dans la maladie de la co-dépendance, celle de la dépendance d'un co-dépendant à la personne d'un dépendant à l'alcool. L'obsession de l'alcool de l'un est ici remplacée par celle de la relation au conjoint dépendant. Dans les deux cas, la gravité de la dépendance au toxique ou à la personne malade est niée.

Le mensonge de l'alcoolique qui dissimule ses problèmes d'alcool se retrouve chez le dépendant ou le co-dépendant de l'alcoolique-homme ou femme-gui, lui aussi se dissimule à lui-même ce qui se passe dans sa relation.

Dans les deux cas du dépendant aux substances ou à une personne dépendante se produit un évitement des contacts sociaux dont le but est de cacher socialement l'acoolisme chez l'alcoolique ou la dépendance à un alcoolique chez le co-dépendant.

Le dépendant à l'alcool ou à un alcoolique s'efforce de contrôler, l'un sa consommation, l'autre sa relation.

Le premier comme le second nie l'importance de ses propres difficultés émotionnelles et de sa souffrance personnelle à travers sa dépendance, l'un à l'alcool, l'autre au conjoint.

C'est ainsi que les deux souffrent de changements d'humeur inexplicables, de colère, de remords, de ressentiment, de dépression, d'anxiété, d'accès de violences dont il s'occultent, à eux-mêmes comme vis-à-vis d'autrui la réalité et les conséquences.

Plus profondément, l'image de soi, de l'alcoolique comme du dépendant d'un ou d'une alcoolique, est très atteinte: ils ont horreur d'eux-mêmes, sont pleins de culpabilité, d'auto-justifications et de recherches d'alibi. Ils se sous-estiment et s'imaginent ne pas pouvoir être aimés par quelqu'un d'équilibré, se sentant eux-mêmes mal dans leur peau.

Enfin, tout comme chez l'alcoolique, chez le dépendant d'un alcoolique, les troubles corporels émotionnels - les maladies, les heurts familiaux, les accidents et les perturbations matérielles, professionnelles - avec le conjoint et les enfants - sont légion. Au bout de la course, le co-dépendant peut devenir dépendant lui-même à une substance autant qu'à la dérive de ses émotions.

Libération

Voilà posé le diagnostic, le tableau des maux et des revers liés à une dépendance à l'alcool ou à un alcoolique, soit à une co-dépendance.

Analysons, à présent, quelles sont les voies de libération, de l'affranchissement de ces dépendances, de ces co-dépendances et de leurs cortèges de douleurs et de souffrances.

Il y a la voie classique, la voie médicale, celle qui veut guérir, qui veut soigner par des moyens scientifiques et techniques selon une philosophie et une logique uniquement relationnelle et objective à temps limité.

Il existe une autre voie, complémentaire à la première, celle des AL-ANON, des ALATEEN, soit celle des Alcooliques Anonymes quelque peu adaptée.

Ici la philosophie de vie et d'approche de la dépendance est celle, subjective et créatrice, de la fraternité humaine et de l'échange constructif de ses expériences de vie libératrices, selon une recherche non limitée dans le temps.

A nos yeux, les AL-ANON et les ALATEEN comme les A.A. font de la dépendance une maladie, non seulement du corps et des sentiments mais aussi de l'esprit.

La médecine voit les dépendances comme des dérèglements mécaniques et organiques fussent-ils relationnels. Les AL-ANON, les ALATEEN voient ces mêmes dépendances comme des chemins de vie fixés, bloqués, qu'il s'agit d'ouvrir et d'épanouir.

Les 12 étapes, les 12 traditions, toute la littérature des AL-ANON, à nos yeux, abordent la maladie de la co-dépendance comme celle d'une succession mythique d'épreuves et de revers de vie qui atteignent et frappent le héros, le co-dépendant. Ce sont autant de morts et de renaissances dont il ne se ressaisira que s'il se dégage de sa co-dépendance et affirme sa propre autonomie.

Le Graal, la coupe de lumière de ce héros particulier, qu'est le co-dépendant à la quête de l'affranchissement de sa dépendance à son conjoint alcoolique, est l'accès et le déploiement de la recherche d'une sérénité et d'une paix personnelle dans le détachement émotionnel et l'amour de soi bien compris, libre de toute co-dépendance à un conjoint dépendant.

Dans cette perspective, pour nous, chaque dépendant alcoolique ou co-dépendant d'un alcoolique - conjoint ou enfant - a pour tâche d'accéder à une initiation et une spiritualisation de sa vie dans un sens de liberté et de bonheur rayonnant.

Tous les accidents de vie de l'alcoolique, toutes les épreuves de vie - les peines et les marasmes du co-dépendant d'un alcoolique, dont nous parlions plus haut, deviennent alors à nos yeux, des appels à une spiritualisation - à la reconnaissance "d'une puissance supérieure à soi telle qu'on la conçoit".

Ces épreuves sont d'autant de morts-renaissances initiatiques possibles qui incitent à la recherche et à la pratique d'une vie de sagesse, de lumière et d'élévation.

Il s'agit donc, au sein des mouvements AL-ANON et ALATEEN, pour nous d'une recherche d'élévation, de méditation, d'ouverture personnelle à une vie supérieure et à l'autonomie. Mais les

groupes AL-ANON et ALATEEN ne sont pas que cela. Ils n'offrent pas que cela. Ils sont aussi un profond travail d'épuration, de purification de son psychisme et de ses défauts de caractère et de déficiences - comme le disent la 6ème et la 7ème étapes des AL-ANON -, un inventaire de ses torts et un effort constant d'amende honorable de ceux-ci - 8ème, 9ème et 10ème étapes -.

Dans cette démarche initiatique spirituelle et psychique de libération de vie autant que d'affranchissement de ses réactions physiques émotionnelles, les AL-ANON et les ALATEEN vont offrir un cadre - les 12 traditions - et un programme de vie - les 12 étapes - de rétablissement et de stabilisation.

Des compagnons de vie, anciennement co-dépendants eux-mêmes seront là au sein des groupes AL-ANON et ALATEEN comme des initiés fraternels, des sages, des anciens. Ils accueilleront et accompagneront les nouveaux. Ils se sont eux-mêmes affranchis de leur co-dépendance à des degrés divers et ils enseigneront les fruits de leurs expériences de libération de vie psychique et spirituelle à ceux qui souffrent encore de leur co-dépendance.

Chacun sera libre et responsable de soi face à ses choix d'autonomie personnelle et de détachement émotionnel du conjoint dépendant au sein des groupes AL-ANON et ALATEEN.

Les voies possibles

Le co-dépendant d'un alcoolique se doit de chercher primordialement de l'aide et d'accepter celle-ci. Il fera de la maîtrise de sa co-dépendance une priorité vitale, notamment par une assistance régulière aux réunions des groupes.

Sur le plan de son travail psychologique personnel, tout membre des AL-ANON ou des ALATEEN devra:

- s'efforcer de s'abstenir de toute attitude, comportement ou pensée de dirigisme ou de tentative de contrôle envers l'autre;
- cesser de se substituer à lui en prenant sur soi la responsabilité et la culpabilité des conséquences de son alcoolisme;
- viser à atteindre un détachement émotionnel de l'autre;
- poursuivre d'une façon autonome sa propre voie;
- s'appliquer à lâcher prise sur toute volonté d'orienter ou de corriger la voie que se choisit l'alcoolique.

Dans cette perspective, il s'agit de ne pas se laisser prendre et de ne pas participer à des jeux:

- de "sauveur" - celui qui veut aider -;
- de "persécuteur" - celui qui essaie de blâmer, ou
- de "victime" - celui ou celle qui est reproché et impuissant.

Il faut, à cet égard, refuser tout duel, sans issue, d'accusations, de réfutations, de blâmes et contre-blâmes.

-Ne changez que ce que vous pouvez changer, c'est-à-dire vous-même.

-Ne vous croyez pas obligé(e) de gagner.

-Ne vous sentez en rien investi d'une mission envers votre partenaire ou votre parent alcoolique ou dépendant.

-Évitez ces affrontements sans fin, qui ne sont que du bruit ou du sable pour être sourd ou s'enfuir la tête à soi-même.

Tout le travail psychologique des groupes AL-ANON et ALATEEN est là pour nous aider à envisager courageusement nos problèmes et nos défauts.

-Il s'agit de reconnaître ses souffrances, par esprit de sacrifice, même au nom de l'amour de l'autre et non plus de les nier par l'alibi de la dépendance de l'autre.

-Il s'agit aussi de percevoir ses qualités propres et de les faire fructifier.

-Il s'agit de partir à la découverte de soi - sans jugement a priori, accepter et admettre ses propres fautes ou ses propres choix malheureux en tant que tels.

Sans plus. Un point c'est tout.

C'est le chemin pour restituer sa propre image de soi et cultiver d'une façon autonome et indépendante ce qui cherche à s'épanouir en soi, de développer l'amour de soi comme source de son altruisme.

Ayez, vous membres des AL-ANON et des ALATEEN vos "propres" activités et projets en dépassant tout chantage affectif négatif de l'alcoolique. En refusant votre épanouissement, vous n'aidez pas l'alcoolique. Plus vous grandirez, plus vous prendrez en toute liberté adulte la responsabilité de vos décisions, de vos choix de vie, relationnels et autres.

Enfin, au bout de ce travail personnel psychologique et spirituel fruit de votre participation assidue et éclairée aux groupes AL-ANON et ALATEEN - et rappelons-le aux groupes équivalents pour drogués que sont les NARA-NON - partagez, partagez avec les

autres ce que vous avez vécu et appris.

La douzième étape des AL-ANON et des ALATEEN est superbe. Elle est celle de tous les mouvements anonymes :

"Toi qui a compris le message, transmets-le aux autres et exerce-toi à le pratiquer dans tous les domaines de ta vie."

Vous pouvez être alors un modèle de lumière et d'amour pour tous ceux qui souffrent encore d'une co-dépendance active à un alcoolique.

Ce sont ces mêmes principes et références que nous venons d'exposer qui permettent au médecin que je suis, de dire à ses confrères, d'autres disciplines de santé ou sociale en général, quelles qu'elles soient :

"Si vous avez devant vous un dépendant relationnel à un alcoolique, à côté de votre propre traitement ou intervention, conseillez-lui de fréquenter les AL-ANON ou les ALATEEN afin d'y découvrir, là, une façon de vivre selon une maîtrise heureuse et épanouie son existence avec un(e) alcoolique qui est ou deviendra lui-même(elle-même) ou non, abstinent(e)".

Ce sont ces mêmes principes et références aux 12 traditions et aux 12 étapes des AL-ANON et des ALATEEN, ainsi qu'à la méditation de leur littérature originale, notamment ce livre de chevet qui est "AL-ANON, un jour à la fois", sa réflexion et sa pensée quotidiennes, qui motivent notre enthousiasme et notre vif plaidoyer envers ces groupes.

Ils sont, pour nous tous, en la société matérialiste et activiste que nous vivons un exemple et un modèle de sagesse et d'élévation groupale et individuelle susceptibles de nous enseigner la mesure de notre propre effort d'affranchissement de toute dépendance.

Pour terminer et conclure, nous ne citerons qu'un seul des passages de la littérature AL-ANON et ALATEEN. Il les illustre tous. Il s'agit de la prière de sérénité des mouvements anonymes. On la dit aussi de Marc-Aurèle :

"Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je puis, et la sagesse d'en connaître la différence".

Dr G. Bradfer

Vu pour vous

Une première: Ciné Vidéo Psy à Bruxelles

Pour sa seizième édition, le festival Ciné Vidéo Psy de Lorquin (France) a pris ses quartiers dans la capitale de l'Europe.

Près de deux cent cinquante documents audiovisuels sur la santé mentale et sur les faits de société qui s'y rattachent ont été présentés du 9 au 12 juin dernier au Botanique, lieu particulièrement adapté à ce type de manifestation.

Les différents sujets abordés lors de ce festival furent, vous en conviendrez, pour le moins éclectiques: l'autisme, la violence aux enfants, les compétences du bébé, l'évolution des institutions psychiatriques, l'actualité des thérapies, les problèmes transculturels et d'immigration, etc.

Fabienne Kaeses* a rencontré Hélène Duyck, coordinatrice du festival à la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale (Belgique). Cette dernière nous précise les circonstances de cet événement.

Fabienne Kaeses: Pourquoi un festival Vidéo Psy?

Hélène Duyck: Il faut bien reconnaître que l'audiovisuel fait partie intégrante du paysage psychiatrique des années 80 et 90. Organiser un festival permet de suivre d'une manière régulière l'évolution des activités qui se déroulent dans le domaine de la santé mentale. Le festival est aussi et surtout un lieu de rencontre: il permet aux "professionnels" d'approfondir leurs réflexions et de débattre avec des spécialistes d'autres disciplines.

F.K.: D'où est venue l'idée du Festival de Lorquin?

H.D.: L'idée d'organiser un festival est née vers 1976 de la réflexion de l'équipe psychiatrique du C.H.S. (Centre Hospitalier Spécialisé) de Lorquin. Cette équipe pensait alors que la psychiatrie nouvelle pourrait vraisemblablement être mieux illustrée et définie, et dès lors mieux comprise par les professionnels eux-mêmes grâce à l'outil cinématographique. Ainsi en 1977, une vingtaine de documents "super 8" ont été rassemblés, puis projetés à un public local de psychiatres, d'infirmiers et d'éducateurs. Lors de ce premier festival, "la Clé d'or" (prix de Lorquin) primait un document réalisé par des enfants d'un institut médico-éducatif du Jura.

Très vite, ce festival a séduit et l'expérience fut depuis renouvelée tous les ans à Lorquin.

F.K.: Mais pourquoi avoir décidé de déplacer le festival de Lorquin à Bruxelles?

H.D.: L'association Festival Psy de Lorquin nous a proposé d'organiser cette année le festival à Bruxelles afin de lui donner une dimension européenne. Il était aussi très important de faire connaître le Festival Vidéo Psy à un public plus large qu'aux seuls professionnels de la santé mentale.

Cette manifestation était l'occasion pour le grand public de jeter lui aussi un regard sur la folie, le handicap, la différence, etc.

F.K.: Quels étaient vos partenaires pour cette première européenne?

H.D.: L'Association Festival Psy de Lorquin pour la France, le Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid pour les Pays-Bas et le Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg pour

la Belgique avec l'aide de la Communauté française de Belgique.

F.K.: En quelques mots, que proposez-vous lors de ce festival?

H.D.:

- Près de deux cent cinquante documents audiovisuels psy, réalisés en 1991 et 1992, de la recherche à la fiction, sur la santé mentale et les faits de société.
- Quatre jours de projection.
- Un concours ouvert à tous les réalisateurs.
- Neuf prix décernés par un jury international.
- Des expositions et des animations.
- Des rencontres transdisciplinaires organisées sous forme d'ateliers.
- De nombreux débats comme par exemple celui intitulé "Média et Santé Mentale" qui a recueilli un grand succès.
- Une vidéothèque reprenant tous les films projetés durant les quatre jours, films consultables sur place et sur simple demande.
- Signalons enfin que certains documents étaient projetés en version originale.

F.K.: Un rapide bilan de ces quatre jours?

H.D.: Un succès total, oserais-je dire! Un succès constaté à la fois par le nombre d'entrées, près d'un millier de participants venus des quatre coins d'Europe (France, Angleterre, Pays-Bas, Russie, Hongrie, Suisse, Allemagne, Grèce) mais aussi du Canada, d'Algérie et d'Australie; par le nombre de documents audiovisuels présentés au festival (240), et surtout par la fréquentation aux ateliers, aux animations et aux débats.



Les jeunes qui ont participé au projet :

Sandrine LOVINFOSSE - Bruno HUSQUINET - René JORDANT - Pascale BECKERS - Jenny SYMOENS
 Christelle PAUL - Mélina DICENSI - Gérard DELIRE - Lilla PIAZZA - Nadia OKKAL - Naïma ENNAY
 Valérie ZENZEROVICH - Stéphanie GOFFART - Fatima DUAZRHARI - Marie-Aurore SMEYERS
 Azéddine CHENTOUF - Sylvia CAMMARATA - Jean-Marcel MAINIL - Sabine WATHELET
 Magali PLANCHAR - Leïla AMARA - Anne-France PLUMIER - Christine HUBERT - Tina CALI
 Marjorie GRENIER - Sandra CLAES - Warda BERAJAA - Virginie BRAVIN - Saïd EL HALLALI
 Nathalie DUPONT - France MAC GAHAN - Catherine LEDAIN - Fatima HALHOULE - Gabrielle VERHULST
 Audrey LAIXHAY - Evelyne FILIPPINI - Raphaëlle DELIEGE - Daniela PIRONITTO - Hassan M'RABET
 Marie DUFOUR - Nathalie JANSSENS - Thierry DELVAUX - Patrice PAUWELS - Philippe POLAIN
 Joanna BEBRONNE - Muriel BROCARD - Francesco D'ORAZIO - Natacha NICAISE
 Jean-Claude DEPETTER - Véronique VAN DE WAUW - M'Hamed HALEI - Marie-Louise GAY ALVAREL
 Céline STEVENS - Mohamed EL KHABABI - Jean Bastien TINANT - Isabelle POLAIN
 Anne-Catherine GRIDELET - David MAC GAHAN - Paquita QUERCETI.



Les jeunes
 avec le soutien
 du SIPS
 organisent
 leur propre
 prévention
 sida



SIPS 9 rue Soeurs de Hasque, 4000 Liège Belgique © : 32-41-23.62.82



Un projet du SIPS soutenu par la Commission des Communautés Européennes

Supplément à Education Santé n° 72 - novembre 1992

Table des matières

I. Introduction	3
1. Le projet: un promoteur, le SIPS	3
2. Origine, contexte et objectifs du projet.....	3
A. Le projet : son origine	
B. Le projet : son contexte	
C. Le projet : ses objectifs	
II. Le projet	4
1. Le recrutement des jeunes animateurs.....	4
2. Les journées de formation/réflexion avec les jeunes animateurs	5
3. Les animations	6
4. La journée d'évaluation	6
III. Evaluation du projet	7
1. par les animateurs: journée d'évaluation.....	7
2. par les animés : analyse des questionnaires, avec l'aide de l'APES.....	9
A - Méthodologie :	9
1. Présentation du questionnaire	
2. A qui les questionnaires étaient-ils adressés?	
3. Intervention de l'APES	
4. Constitution de l'échantillonnage	
5. Construction de la grille d'analyse et codage des questionnaires	
6. Etapes du travail d'analyse des questionnaires	
B - Analyse des résultats :	10
1. Interprétation des données: remarques préalables	
2. Le public-cible: présentation de l'échantillon	
3. Résultats et interprétations de la question 1	
4. Résultats et interprétations de la question 2	
5. Résultats et interprétations de la question 3	
6. Résultats et interprétations de la question 4	
C - Conclusions	12
IV. Les Rencontres Européennes	13
1. La deuxième semaine européenne de la jeunesse à Bratislava/Tchécoslovaquie.....	13
2. Le congrès européen des étudiants à Liège/Belgique.....	14
V. Conclusions et reproductibilité du projet	15

comme un élément "facilitateur" dans la communication. On peut s'identifier à lui, favorisant ainsi l'échange, la confiance, la communication, l'écoute, la critique, mais également l'acceptation d'une responsabilisation ou la prise en charge de sa propre prévention.

Ces animations deviennent un lieu de participation réelle et de gestion des questions qui les touchent en premier lieu autour des émotions, de l'affectif, des relations. Dès lors, le rôle, la spécificité et l'atout pensons-nous des institutions comme le SIPS travaillant sur le terrain, c'est de pouvoir accompagner, aider ce type d'expériences, de développer l'esprit critique et la participation chez les jeunes, de favoriser des lieux d'expression et d'intervention où les jeunes puissent faire l'expérience de leur propre prévention du sida, en intégrant dans un projet plus global.

La question que ce projet nous pose alors, est peut-être celle de l'articulation nécessaire d'une part entre les campagnes de prévention du sida réalisées par les autorités sanitaires, destinées à la "population générale", distillant donc un message de prévention "d'intérêt général" et d'autre part les institutions travaillant sur le terrain et qui par essence sont en contact direct avec une population précise, qu'ils connaissent et côtoient quotidiennement et avec laquelle des actions concrètes qui partent de demandes, besoins et potentialités peuvent être organisées.

Au terme de cette expérience, pour nous concluante, il nous semble que toute démarche de prévention devrait tenir compte des dimensions suivantes:

1. Le point de départ pour les jeunes, ce n'est pas le sida, mais "moi", "mon amour", "ma sexualité", "ma peur",...
 2. L'expérience d'animation de jeunes par des jeunes, est un moyen de faire face aux difficultés et contradictions inhérentes sans doute à toute démarche préventive. La prévention devrait être réalisée AVEC et non pas POUR la population qu'on veut concerner, dans ce cas-ci les jeunes.
- Proposer au jeune d'être acteur,



"Mon rôle, le même rôle que les gens qui étaient à l'animation. J'apprenais, je participais comme eux. Je n'étais pas animatrice, j'étais comme eux, participante. Je me découvrais moi-même à la limite. J'ai été surprise par moi-même, c'est bien. On nous responsabilise un peu. Pour une fois qu'on nous donne la parole, c'est rare. On a la responsabilité de prendre des cours. On fait perdre une heure de cours à un prof pour nous, c'est pas mal. Les gens s'intéressent à nous."
Malou

créateur de sa propre prévention, permet d'affronter plus facilement, pensons-nous, les résistances à la prévention. Les jeunes doivent être considérés comme des créateurs et des producteurs et pas seulement comme des récepteurs, consommateurs et re-producteurs d'une démarche préventive.

3. Nous pensons qu'indépendamment du contenu des campagnes et des moyens de prévention, le jeune critiquera ces campagnes car elles ont été "pensées par des adultes". Il nous semble donc très important d'aider le jeune à avoir une attitude critique par rapport aux messages de prévention qui les entourent pour arriver ainsi à une attitude active qui l'implique dans la démarche.

4. Il ne s'agirait pas pour nous de former des jeunes "relais" d'un message préventif venant "d'ailleurs", ou d'être des "animateurs" d'un programme de prévention, mais de les aider à organiser leur propre prévention, de les aider à échanger, à communiquer, à critiquer et en définitive à s'approprier leur propre prévention du sida.

Et c'est en cela que nous pensons que notre projet peut être reproductible à toute démarche préventive ayant les jeunes pour "cible". Nous pensons que toute institution peut mener une telle expérience, avec son propre public, et éventuellement sur un tout autre thème.

L'important pour nous est de laisser aux jeunes un rôle actif, une autonomie, une liberté d'action, ce qui implique pour nous de ne pas demander à ces personnes de transmettre le message de l'institution, ne pas être l'outil de l'institution mais leur donner les moyens, la structure qui leur permettent de choisir eux-mêmes leur rôle.

Le projet est reproductible aussi dans la mesure où il ne demande pas aux acteurs du projet (les jeunes) une compétence longue à acquérir: les jeunes ne sont pas de "bons" animateurs, ils n'ont pas une expérience en animation. Et pourtant le projet a pu être mis en place parce qu'il est parti de leurs motivations, leur envie d'être utile, leurs convictions.

Il a créé un espace de discussion.

Il est reproductible encore alors même qu'il n'y a pas de demande a priori de la part des animés. L'animation a répondu à leurs attentes, leur souhait d'un lieu et d'un moment de discussion entre jeunes.

En toute dernière conclusion, nous voudrions terminer en remerciant les adultes, les professeurs et responsables de groupes de jeunes qui ont fait confiance aux jeunes, leur ont confié une ou deux heures de temps de cours, leur ont permis cette expérience enrichissante de travail avec d'autres jeunes, de collaboration avec le monde adulte. Nous les remercions d'avoir marqué leur confiance dans notre projet et notre institution et permis à cette expérience pilote de se concrétiser.

"J'ai effectué les animations prévues et il est dommage en ce qui me concerne, d'en rester là. C'était une chouette expérience et j'espère la recommencer un jour (ou deux ou trois,...). Prévention du sida des jeunes par les jeunes, pour les jeunes, OK... j'en redemande... et eux aussi!" Philippe

D'autres prolongements

Enfin, notre participation à Bratislava a eu d'autres prolongements. La distribution de notre livre-objet auprès des jeunes a connu un vif succès. Et ce d'autant plus que le regret de la non-distribution de préservatifs gratuits à l'occasion de cette deuxième Rencontre européenne de jeunes a été exprimé par plusieurs jeunes. Notre livre-objet contenant un préservatif a ainsi répondu à la demande explicite des jeunes. Les jeunes eux-mêmes nous ont manifesté le fait que nous étions les seuls à offrir un préservatif.

Conclusion

Nous sommes certains que cette expérience menée en Belgique avec des jeunes peut facilement être reproduite à l'étranger.

L'intérêt manifesté pour ce projet par les diverses personnes rencontrées confirme notre hypothèse de départ.

2. Le Congrès Européen des Etudiants à Liège - Belgique

Durant le mois de novembre 1992, les différents cercles étudiants de l'Université de Liège organiseront le deuxième Congrès Européen des Etudiants. Cette activité rassemblera plus de 1000 étudiants de la Communauté Européenne. Les 25 pays d'Europe seront représentés. Ce congrès durera une semaine, au cours de laquelle prendront place diverses manifestations.

L'Université de Liège invite le SIPS à participer activement à cette semaine. Nous y serons donc pré-

sents. Nous aurons là l'occasion de rencontrer les étudiants et leur présenter le projet pilote réalisé en Communauté française par le SIPS, centre de planning familial de l'Université de Liège. En effet, à plusieurs reprises nous pourrions prendre la parole, en organisant des débats, à l'occasion de repas-étudiants, par la tenue d'un stand aussi réservé à notre intention.

Nous ne doutons pas de l'intérêt que les jeunes étudiants pourront manifester pour ce projet et des répercussions qu'ils pourront en donner dans leurs pays respectifs.

V. Conclusions et reproductibilité du projet

Notre projet de prévention du sida chez les jeunes auprès d'autres jeunes avait pour objectif de donner la parole aux jeunes, de les aider à être critiques par rapport aux messages de prévention et ensuite de leur donner l'occasion de réaliser leur propre prévention auprès d'un public de leur âge, d'être ainsi actifs face à la prévention du sida.

En effet, depuis plusieurs années le SIPS développe une action de prévention avec les jeunes. Très souvent nous avons été confrontés à des difficultés, questions, voire des contradictions qui font obstacle à ce travail de prévention.

Ces difficultés ou contradictions sont de différents ordres:

1. Le public-cible lui-même: les jeunes.

Le constat est pour nous évident: les jeunes ont de plus en plus de difficultés à affirmer leur identité, leur spécificité dans nos sociétés où on les catalogue souvent d'immatures, où on les met dans une situation d'attente (attente de vie sexuelle, attente de droits légaux, attente d'autonomie financière,...) ne laissant que peu de place à leurs initiatives propres.

2. La prévention est surtout pensée et réalisée par des adultes. Elle est porteuse de valeurs sous-jacentes, non exprimées, non volontaires sur les jeunes.

Ainsi, les campagnes de prévention du sida reflètent la façon dont le monde adulte ou les pouvoirs sanitaires perçoivent les jeunes ("les jeunes ont une sexualité débridée", "ils sont en crise", "à l'âge bête",...). La prévention est construite sur base de ces images, mais sur base aussi des peurs et donc du désir des adultes de protéger ces jeunes des dangers qui les menacent. La prévention enfin, veut tenir compte des "avis", du "vécu", de la "culture jeune", mais laisse peu de place à leur parole et donc à leurs propres expériences de prévention.

3. La maladie elle-même est porteuse d'angoisses, de peurs, de questions sur la vie, la mort, la confiance, la relation, l'exclusion, etc... En conséquence, ces campagnes de prévention, si elles sont nécessaires, ne nous semblent pas suffisantes, car elles véhiculent des images, des valeurs sur les jeunes qui font "blocage" à la

réceptivité par les jeunes de ces messages préventifs, provoquant parfois chez les jeunes, une réaction tantôt de rejet, de négation du problème, d'indifférence, de peur ou de confiance illimitée.

Une question se pose alors à nous: comment assurer notre devoir d'information et d'éducation, comment susciter des comportements préventifs, tout en répondant aux questions qui font écran?

Les animations faites par des jeunes auprès d'autres jeunes, dont il est question dans ce rapport, semblent réduire les images écran qui font obstacle à la prévention du sida. Les jeunes sembleraient moins résistants, plus réceptifs d'une part parce que les avis, confrontations ou recommandations viennent des jeunes eux-mêmes, d'autre part grâce à la méthodologie spécifique qui a été mise en place.

Nous avons également pu constater lors de cette expérience, que les animations/rencontres entre jeunes, sans toujours la présence de l'adulte, répondaient à une importante demande tant chez les jeunes animateurs, que chez les animés. Le jeune animateur est souvent vécu

I. Introduction

1. Le projet : un promoteur, le SIPS

Centre de planning familial de l'Université de Liège, subsidié par le Ministère de la Communauté française, le SIPS est le seul centre de la Communauté s'adressant spécifiquement aux jeunes de moins de 25 ans.

Objectif

Aider les jeunes à trouver les outils nécessaires à l'apprentissage de leur autonomie, à l'affirmation de leur identité, aussi bien individuelle que collective.

Travail quotidien

Le SIPS propose au jeune une remise en question des rôles et des schémas comportementaux qu'on lui impose et qu'il croit devoir tenir. Il réfléchit notamment avec lui sur la condition de dépendance et d'attente qui lui est imposée.

Ces interpellations et ces réflexions se centrent plus particulièrement dans le domaine des relations affectives et sexuelles, domaine où le jeune se trouve particulièrement défini comme irresponsable.

Motivation

Nous croyons fermement - et notre travail quotidien avec les jeunes nous conforte dans cette optique -

que les jeunes savent saisir les interpellations qui leur sont adressées et à partir de là modifier leurs comportements.

Le SIPS, centre de planning familial

C'est au travers de différents services que nous poursuivons notre objectif: consultations d'ordre médical, psychologique, juridique, diététique, centre de documentation. Des milliers de contacts personnels avec des jeunes sont menés chaque année.

Mais le SIPS assure aussi des animations dans les écoles et centres de jeunes. Il est donc en contact permanent avec des professeurs, des centres P.M.S., des mouvements et associations de jeunesse, des animateurs qui sont les relais entre l'extérieur et le SIPS.

C'est donc par un contact direct, individuel ou collectif avec le jeune que le SIPS écoute le jeune et l'accompagne pour lui permettre de faire des choix et d'être responsable de sa vie affective, sexuelle et relationnelle.

Le SIPS, maison d'édition

A côté des interpellations indivi-

duelles ou collectives, le SIPS se veut un reflet de ce que les jeunes disent, pensent, sont.

Dans ce but, le SIPS édite avec les jeunes, des brochures "de" jeunes, "pour" jeunes.

Au départ de ces brochures, toujours :

- un recueil de témoignages de jeunes,
- une recherche avec des jeunes,
- des rencontres de jeunes.

Le débat sur la notion même d'adolescence, la remise en question perpétuelle de la situation de marginalisation imposée aux jeunes sont notre souci constant. Cette réflexion est menée avec eux.

Le SIPS, lieu d'interpellation des adultes

Le SIPS se veut aussi un lieu de réflexion-information pour les adultes.

Il veut interpeller l'ensemble de la société (jeunes, parents, éducateurs, enseignants, responsables politiques...) quant à la place du jeune dans la société et l'image que cette société véhicule.

2. Origine, contexte et objectif du projet

A. Le projet : son origine

Nous avons en matière d'éducation pour la santé une expérience de presque 20 ans de travail avec les jeunes.

Nous pensons que la politique d'éducation pour la santé - et plus spécifiquement le travail de prévention du sida auprès des jeunes - doit, pour être efficace, prendre en compte les personnes à qui elle s'adresse.

Dans notre travail quotidien nous sommes fréquemment amenés à confronter l'image que nous avons des jeunes à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes.

Pour pouvoir être de bons "fournisseurs de services", pour pouvoir travailler dans le long terme au bénéfice de ceux avec qui nous travaillons (les jeunes), il nous semble indispensable que la politique d'éducation pour la santé soit à l'écoute de ceux à qui elle s'adresse.

L'identification des besoins des jeunes en matière de santé, par les jeunes eux-mêmes, nous semble donc essentielle. Elle nous semble en outre être aussi possible dans la mesure où les jeunes eux-mêmes sont demandeurs d'une politique de santé pensée avec eux et non pour eux.

Nous pensons que les jeunes, dans nos sociétés occidentales, sont trop souvent stigmatisés dans un statut de "non adulte", n'ayant pratiquement ni droit, ni intimité, ni considération. Coincés dans une situation

d'attente (attente de vie affective, d'autonomie financière, de reconnaissance...), les jeunes reçoivent paradoxalement de la part des adultes une attention toute particulière. Les politiques d'éducation pour la santé et de prévention ont souvent le jeune public pour cible particulière ou privilégiée.

Face à ce constat, le SIPS décide depuis plusieurs années de leur donner la parole. Cette parole passe par l'édition de brochures et documents.

B. Le projet : son contexte

Suite à des rencontres avec des jeunes durant deux ans, nous avons, en octobre 90, édité un livre-objet "L'Amour sur un air de fa, sol, la, si, da", réalisé par des jeunes.

Livre-objet pour lequel nous avons été reconnus et soutenus financière-

II. Le projet

Les jeunes avec l'aide du SIPS organisent eux-mêmes leur propre prévention

A côté du discours d'urgence développé dans le domaine de la prévention sida - campagnes d'informations dans les médias, campagnes de promotion massive du préservatif pensées et organisées par les adultes et ayant pour cible particulière les jeunes - le SIPS fait le pari d'une approche de la prévention qui parte des jeunes eux-mêmes et qui soit une réponse à une demande explicite des jeunes.

Soutenus par l'Europe, nous avons mis sur pied une **expérience pilote de prévention du sida organisée et réalisée par les jeunes à destination d'autres jeunes.**

Après avoir recruté des jeunes, le SIPS les aide à critiquer et à se positionner face aux messages de prévention qu'ils rencontrent quotidiennement.

Il leur propose de passer d'une atti-

ment par l'université de Liège, la Commission Européenne (PETRA), la Communauté française et le Crédit Communal.

Ce document a été diffusé en Belgique, auprès de professeurs, d'animateurs, de travailleurs sociaux de planning familial, de PMS... et à l'étranger. Nous utilisons nous-mêmes le livre-objet en animations avec les jeunes, dans le cadre de notre travail de planning familial.

Le travail de prévention du sida auprès des jeunes est donc entamé depuis longtemps.

C. Le projet : ses objectifs

Nous avons désiré poursuivre ce travail de prévention en donnant aux jeunes un rôle encore plus actif: animation des jeunes par des jeunes sur le thème de la prévention sida.

tude passive de "consommateur de messages" à une attitude active face à la prévention.

Les jeunes, avec le soutien du SIPS comme facilitateur et accompagnateur, pensent et imaginent la prévention qu'ils désirent puis entament des animations de prévention dans des groupes de jeunes.

Soixante jeunes, que nous appellerons "animateurs", vont participer à cette expérience et réaliser des animations avec des groupes de jeunes, que nous appellerons "animés". Ils toucheront 2.000 autres jeunes.

Une quarantaine d'établissements scolaires de la Communauté française et de centres de jeunes ont pu bénéficier de cette expérience grâce à la collaboration et à la confiance de certains éducateurs, travailleurs

Le but du projet n'est pas de former les jeunes à ce que nous pensons être la manière efficace de faire de la prévention du sida, mais de leur donner la parole, sans leur imposer notre vision de la prévention, en aiguisant leur esprit critique.

Cette approche leur donne un rôle actif auprès d'autres jeunes de leur âge, parole qui se développera entre jeunes.

Cette approche tient compte des attitudes critiques des jeunes vis-à-vis des messages de prévention pour arriver ainsi à une prévention qui parte des questions qu'ils se posent sur l'amour, la sexualité, les relations, le sida, etc..., et sur sa situation de jeune dans la société. Grâce au soutien de la Commission des Communautés européennes, notre projet pilote a pu se développer de septembre 91 à septembre 92 avec 60 jeunes animateurs de la Communauté française de Belgique.

sociaux, enseignants et directions d'école.

Le livre-objet édité par le SIPS: "L'Amour sur un air de fa, sol, la, si, da..." a été proposé comme support d'animation. Qu'il ait été ou non utilisé comme outil d'animation, le livre-objet a été offert à chaque animé.

1. Le recrutement des jeunes animateurs

Nous voulions tenter cette expérience:

1) avec des jeunes de **13 à 25 ans**, d'origines sociales diverses.

Ce choix correspond aux jeunes qui consultent régulièrement nos services.

Ces jeunes viennent de l'enseignement secondaire et supérieur, du

D'autre part, nous savons que malgré l'assimilation qui est faite entre sida, prévention et préservatif, les résistances au préservatif et son utilisation concrète "quand on est amoureux" restent importantes.

Une des difficultés à l'utilisation du préservatif fortement exprimée par ailleurs par les jeunes, c'est justement la "difficulté d'en parler, parce qu'il va penser que je ne lui fais pas confiance, que je ne l'aime pas, que je peux le tromper, que...". Dès lors, nous pourrions nous

IV. Les Rencontres Européennes

1. La deuxième Semaine Européenne de la Jeunesse à Bratislava - Tchécoslovaquie

Le Conseil de l'Europe a invité le SIPS à la deuxième Semaine Européenne de la Jeunesse qui a réuni plus de 250 jeunes Européens du 12 au 19 Juillet 92, à Bratislava, Tchécoslovaquie. Ces jeunes étaient envoyés en tant que représentants de groupes de jeunes et d'organisations de jeunesse de l'Europe entière.

Il nous paraissait essentiel que cette expérience pilote menée en Belgique, qui reflète le rôle actif des jeunes, soit présentée aux jeunes mais aussi aux adultes représentants des structures gouvernementales et non gouvernementales étrangères.

Les rencontres de jeunes

Lors de cette semaine, nous avons animé des ateliers avec des jeunes: réflexion sur la prévention du sida, présentation de notre livre-objet et présentation de notre projet pilote.

Une centaine de jeunes ont pu ainsi nous manifester leur intérêt pour ce projet. Ils ont confirmé le désir, déjà exprimé par les jeunes en Belgique, que les questions essentielles que se posent les jeunes soient débattues, abordées par les jeunes eux-mêmes.

Nous avons pu constater que cet attrait, ce besoin d'une communication entre jeunes n'est donc pas propre au public belge. Au cours de

demande si les jeunes qui pensent à la "parole comme moyen de prévention" et ceux qui expriment fortement l'importance de la communication, etc... n'expriment pas une attente importante des jeunes.

La question reste alors ouverte: **est-ce qu'il ne faut pas entendre dans ce désir de parole, de communication, d'échange, de verbalisation chez les jeunes, une demande non pas de "savoir" mais "d'être" et donc comme eux-mêmes disent,**

ces ateliers, les jeunes ont notamment travaillé la reproductibilité de ce projet dans leurs lieux de vie et de travail.

Ainsi, à Strasbourg, une jeune fille, membre de l'asbl "L'étage", imaginait pouvoir mettre sur pied un travail similaire au nôtre dans son centre qui héberge des jeunes filles célibataires enceintes.

Le fait de vivre les mêmes questions, la même situation affective et sociale favorise l'échange, la communication.

La jeune participante à Bratislava citait elle-même le besoin d'un encadrement de ces jeunes "animatrices", afin que celles-ci ne soient pas livrées à elles-mêmes, soient cautionnées dans leur travail.

Les rencontres d'adultes

Nous avons aussi eu l'occasion de présenter notre projet à des adultes, représentants de structures gouvernementales étrangères.

Ainsi, Monsieur Francisco Garcia Priego Campillos, de l'Institut de la jeunesse, Ministère des affaires sociales en Espagne, s'est montré très intéressé par l'originalité de notre initiative.

La place et le rôle d'initiative active laissés aux jeunes animateurs l'ont principalement séduit. Des projets de pairs par les pairs sont déjà développés en Espagne depuis plusieurs années, mais les jeunes sont alors chargés d'une mission à accomplir. Ils sont les agents porteurs de messages qu'on leur a demandé de transmettre à leurs pairs.

une façon d'"être préventif".

Si la réponse est affirmative il s'agirait là d'une approche de la prévention qui s'inscrit dans le temps et dans l'histoire des individus, non pas comme quelque chose de ponctuel mais de permanent. Ces rencontres/animations entre jeunes seraient alors des lieux où les jeunes apprennent à parler et à gérer ensemble leurs craintes, peurs, doutes, désirs,... les amenant peu à peu à définir et à adopter des comportements préventifs.

Notre projet qui part d'une attitude et d'une analyse critique des jeunes vis-à-vis des messages qui les entourent, leur laisse liberté et initiative et est ainsi révélateur de la richesse et de la capacité des jeunes.

La sincérité des témoignages des jeunes animateurs (cf. la cassette vidéo) a fortement ému Monsieur Priego qui fera appel à nous pour parrainer un projet semblable lorsqu'il sera mis sur pied en Espagne. En Espagne toujours, Madame Maria Asuncion Fueyo Fernandez, membre du Conseil de la jeunesse d'une part et de l'association culturelle "LINARES" d'autre part, a l'intention de présenter notre projet, comme modèle reproductible chez elle, au Conseil de la jeunesse en Espagne.

A Copenhague, Monsieur Rainer Lenze développe depuis des années des projets de prévention du sida par les pairs.

Une Conférence européenne des centres de jeunes sera organisée en octobre 92, à Copenhague. Cette rencontre regroupera une cinquantaine de centres pour une réflexion approfondie sur cette méthodologie d'animation de pairs par les pairs. L'intérêt de notre projet a permis à Monsieur Lenze de nous inviter à participer à cette rencontre.

Monsieur Olaf Stafsberg, du Norwegian Youth Research Center, s'est également montré très intéressé par notre expérience pilote en Belgique.



6. Résultats et interprétations

question 4:

"Tu viens de participer à une animation réalisée par les jeunes, qu'est-ce que tu penses de cette idée?"

- 72% des jeunes de l'échantillon donnent une réponse émotionnelle positive.- 49,6% citent explicitement l'identification au jeune comme un élément facilitateur.
- 23% donnent un point de vue à propos des animateurs.

Nous constatons donc que près de la moitié des jeunes de notre échantillon relève de façon explicite l'identification au jeune comme élément facilitateur de l'animation.

C. Conclusions

Les réponses des 270 jeunes animés confirment certaines de nos observations, nous amènent à certaines hypothèses, complètent ce qui par ailleurs a été exprimé par les jeunes animateurs, lors de la journée d'évaluation.

1. Constat, observation, que le débat sur le sida débouche sur une discussion à propos de l'amour.

2. La prévention du sida, pour les jeunes animés semble intégrée dans un vécu affectif et émotionnel et un contexte de dialogue et de communication qui favorise alors l'apprentissage et la mémorisation des informations techniques, constitutives aussi de la prévention. C'est dans le cadre d'une relation amoureuse, affective et donc émotionnelle que les jeunes vivraient le problème du sida et sa prévention.

3. Les animés expriment leur satisfaction face à une expérience qui leur donne la parole, qui favorise un lieu et un moment de discussion de jeunes entre eux.

"C'est mieux car ils ont le même âge que nous et c'est plus facile de communiquer et de partager ses émotions." Natacha

"L'important, primordial à notre époque c'est que des animations soient faites. Le fait que ce soit animé par des

"C'est bien pour les timides qui n'osent pas parler aux personnes plus âgées qu'eux." Louis

"Dialogue parents-enfants, on connaît; dialogue jeunes-jeunes on connaît nettement moins mais c'est mieux!" Martine

"C'est une très bonne idée. La communication est plus facile et simple. On ne se sent pas jugé." Pierre

"Je trouve que c'est très bien. Ils ne sont pas tellement plus vieux que nous. En fait, le problème se pose aussi pour eux." Xavier

Le cumul des réponses émotionnelles positives (72%) et des jeunes qui se disent contents, confirme l'intérêt des jeunes pour des animations réalisées par d'autres jeunes.

jeunes facilite une relation sincère" Marie

4. Il nous semble que ce serait au départ d'une attitude critique par rapport aux messages de prévention et d'une attitude participative que les jeunes pourraient adopter des comportements préventifs. L'attitude critique serait alors un passage, une étape qui leur permettrait de se découvrir, de s'exprimer, de se confronter,... et de devenir acteurs et créateurs de leur propre prévention.

"Je ne vois pas le rapport entre mots d'amour et sida ou préservatif. Je préférerais "Il y a des sujets dont il faut oser se parler" parce que le préservatif n'est pas un mot d'amour." Marie-Aurore

"La génération de demain, c'est moi, c'est nous. Nous pouvons faire changer les choses car de plus en plus nous savons et vivons et communiquons: on ne change pas les gens, cependant on apprend à gérer son être avec ses défauts". Christelle

L'important serait alors de favoriser des espaces, des lieux d'expression, de discussion, d'échange et de confrontation au départ de ces critiques.

"On utilise le mot "amour" mais l'amour ne rime pas toujours avec sida et relations sexuelles." Philippe

Nous avons déjà relevé à la question 3, qu'un pourcentage important de jeunes animés disent avoir aimé comme qualité de l'animation, la communication, le dialogue.

Nous nous permettons une question: le dynamisme et l'enthousiasme de ces jeunes animateurs n'ont-ils pas favorisé ce climat de dialogue, expliquant ainsi le nombre de réponses émotionnelles positives à la question?

"C'est très bien, en parler entre jeunes peut aider à faire passer plus facilement les messages et à reprendre plus vite cela auprès de ses copains, amis,..." Isabelle.

"Pourquoi montrer la mort, le sida c'est quelque chose de grave qu'il faut prendre en compte, mais pas dramatiser." Céline

"J'aime parce qu'on montre les conséquences du sida, la mort" Jean-Bastien

5. Le besoin d'information est très fortement présent chez les jeunes animés. Les jeunes animés semblent avoir trouvé lors de ces animations une réponse à ce besoin d'information. Les témoignages des jeunes animés sur les qualités de l'animation en terme de sérieux, compétences, mais aussi de communication, de facilité sont peut-être une "garantie" à la compréhension de ces informations.

"C'est bien fait, cela permet d'aborder ce sujet encore fort tabou d'une autre manière, de pouvoir dire ce qu'on pense ou ressent." Antoinette

Il nous semble d'autant plus important de continuer ce travail d'information des jeunes par des jeunes, que dans les critiques à l'animation, un des regrets exprimés par des jeunes, était justement le désir d'avoir plus d'informations.

6. Nombreux sont les jeunes qui soulignent l'importance de la parole, de la communication, de l'échange. Certains d'ailleurs pensent même à "parler avec l'autre" comme moyen de prévention.

général, de l'enseignement spécial, professionnel et technique, des apprentis.

Ils sont filles et garçons, belges et immigrés.

2) Il s'agit d'une expérience pilote. Pour la mener à bien, avec l'APES, nous avons fixé à quarante le nombre de jeunes à recruter. Ce chiffre nous semblait en effet suffisamment représentatif.

En fait, soixante jeunes, originaires de Bruxelles, Liège, Herstal, Verviers, Huy, La Louvière, Charleroi se sont montrés intéressés et ont participé à ce projet pilote.

Certains d'entre eux avaient une expérience en animation, la plupart tentaient leur première expérience avec nous.

Comment le recrutement s'est-il fait?

A. A Liège

Dans un premier temps, les jeunes ont été informés par une annonce dans notre salle d'attente ou de vive voix par nous lors d'une visite au centre.

Le jeune intéressé par le projet remplit avec nous un questionnaire/formulaire, occasion d'une première discussion.

Ce questionnaire/formulaire présente le projet, invite le jeune à parler du projet autour de lui, cadre le travail qui lui est demandé.

Il a aussi pour but de sécuriser le jeune.

Il l'engage et l'implique depuis le début du projet.

Il lui donne un rôle actif en lui demandant de recruter lui-même d'autres jeunes et de rechercher par lui-même des lieux d'animation.

Ce premier contact/entretien porte ses fruits.

Les jeunes reviennent au SIPS demander d'autres renseignements, parlent entre eux, accompagnent un copain ou une copine à son tour intéressé(e) par le projet...

Effet boule de neige, les jeunes se recrutent entre eux.

B. A l'extérieur de la province de Liège

Là où le SIPS n'est pas présent (exemple Bruxelles), nous sommes passés par l'intermédiaire des professeurs, qui présentaient eux-mêmes le projet dans les classes. Les jeunes intéressés nous ont alors contactés.

Nous constatons que les enseignants qui ont joué ce "rôle" de recruteurs ont très bien transmis l'information, tout en renvoyant les jeunes au SIPS.

C. Délais dans le recrutement

Nous nous sommes donnés un mois pour le recrutement. Les 15 premiers jours ont servi particulièrement à diffuser le projet. C'est pendant la deuxième quinzaine que nous avons commencé à obtenir des résultats concluants.

La date limite d'inscription passée, nous avons dû refuser des inscriptions. Cette demande très large des jeunes nous encourageait, prouvait leur intérêt pour une action qui leur donne une place, un rôle actif.

La motivation des jeunes pour le projet s'est confirmée par leur présence aux journées de formation/réflexion programmées plus d'un mois après la clôture du recrutement. Sur les 62 jeunes inscrits, soixante étaient présents.

2. Les journées de formation/réflexion avec les jeunes animateurs

Le 29 février à Liège, le 19 mars à Bruxelles

La journée de formation a été structurée de façon à mettre le jeune et le groupe en position de recherche, d'action, de communication, de critique, de créativité.

Il s'agissait de définir ensemble, en partant du jeune lui-même, de sa réalité et de ses motivations le type de prévention qu'il voulait réaliser auprès d'autres jeunes.

Le SIPS sera donc l'instrument, l'outil, qui aide le jeune et le groupe à se mettre en position critique, active, qui aide à se structurer, à se dire, à s'écouter, à échanger, à s'exprimer, à se positionner par rapport à la prévention et à toutes les questions qu'elle soulève, aux angoisses, aux peurs, au rôle que le jeune veut jouer.

Le SIPS n'avait pas de "recette du bon animateur" à leur proposer, mais tout simplement quelques "trucs et ficelles" pour les rassurer. Chaque jeune a donc dû réfléchir, s'exprimer, se confronter et mettre en commun avec les autres ses souhaits et attentes pour savoir ce qui était pour lui le "mieux" et accepter également de rester avec "certaines incertitudes" jusqu'au jour "J" de l'animation.

Chaque jeune exprime ses attentes, ses besoins, sa conception des animations qu'il va faire. Nous avons respecté ces différences, aidé les jeunes à réunir les conditions optimales pour la bonne gestion de leurs animations:

- travailler avec des plus jeunes qu'eux;
- avec des jeunes du même sexe;
- avec des jeunes qu'ils connaissent, pour d'autres avec des jeunes que "je ne connais surtout pas pour parler plus librement";
- avec des petits ou des grands groupes;
- seuls ou à deux animateurs;
- avec ou sans la présence du professeur;
- avec ou sans outil d'animation (livre-objet, cassette vidéo...).

Notre objectif n'était pas de former des jeunes en vue d'en faire des animateurs du SIPS, mais de les accompagner pour qu'eux-mêmes définissent leur propre prévention, leur propre manière de faire et puissent reproduire cette expérience avec d'autres jeunes.

Notre projet leur permet de se sentir concernés, responsables, de se prendre en charge et de concerner d'autres jeunes.



3. Les animations

Il était demandé à chaque jeune de faire au moins 3 animations.

La majorité des jeunes ont cherché et négocié eux-mêmes la possibilité de réaliser ces animations dans une classe, un groupe ou une maison de jeunes.

Ils ont négocié l'heure du cours, la présence ou l'absence du professeur ou du responsable du groupe de jeunes.

Quarante établissements ont été contactés dont dix seulement par le SIPS.

En ce qui concerne le choix des lieux d'animation, les jeunes se sont principalement adressés à leur propre école ou à leur établissement scolaire précédent. Les jeunes qui faisaient partie de groupes de jeunes ont réalisé leurs animations dans leurs groupes.

La diversité des lieux d'animation est également un résultat que nous espérons. Nous ne pouvions être certains de l'atteindre dans la mesure où nous voulions laisser aux jeunes le choix de ces lieux. La diversité des animateurs en était cependant une garantie.

Nous constatons aujourd'hui que tous les milieux ont bénéficié de cette expérience pilote: enseignement général, professionnel, technique, spécial, maisons de jeunes, homes, centres d'apprentissage professionnel.

Le SIPS "relais/référent" pour chaque jeune animateur, avant, pendant et après les animations



"Au départ, j'avais des appréhensions. Je ne voulais parler que du sida. J'étais un peu pudique, j'avais peur de parler de choses du sexe. Mais en fait sur le terrain, on ne fait plus attention. On parle de ça comme si on parlait d'autre chose. On banalise ses paroles mais la pensée n'est pas banalisée. On a très facile d'en discuter." Muriel



"Je me suis sentie importante, c'est vrai. Je me suis dit "je vais leur apporter quelque chose". D'abord j'ai eu très très peur. Je me suis dit c'est pas possible, qu'est-ce que je vais aller faire là-bas. J'ai pratiquement le même âge qu'eux, j'en sais pas beaucoup plus. Je vais me faire passer pour une idiote... Non Lili n'y va pas. Et puis finalement ça a été." Leila.

◆ Certains jeunes appréhendaient l'expérience. Ils ont éprouvé le besoin de nous revoir avant leur première animation, certains plusieurs fois. Désir de discuter encore avec nous, nous demandant des outils tels que des documents d'information, des statistiques,...

◆ D'autres appréhendaient le mutisme de la classe ou au contraire le "chambard". La discussion avec eux les aidait à approcher leur rôle d'animateur.

◆ D'autres jeunes nous ont demandé une lettre de présentation du projet, afin de cautionner leur démarche auprès d'écoles qui ne nous connaissaient pas.

◆ Les animations terminées, certains jeunes nous ont demandé de poursuivre l'expérience, demandeurs d'autres animations.

◆ Les animations se sont échelonnées sur deux mois.

Au cours de ces deux mois, les jeunes sont passés, ont écrit, ont téléphoné régulièrement au SIPS. Certains éprouvaient le besoin de se rassurer avant leur prochaine animation.

D'autres étaient curieux de savoir comment les animations se déroulaient pour les autres. Beaucoup nous ont raconté leurs expériences positives et négatives.

4. La journée d'évaluation

Dès la conception même du projet, nous avons désiré recueillir les impressions, le vécu, les critiques des jeunes animateurs. Une journée d'évaluation a donc été planifiée, journée à laquelle les jeunes s'étaient engagés à participer dès le début du projet.

Comme pour la journée de formation/réflexion, notre objectif était de mettre les jeunes en position d'acteur, de créateur de l'évaluation du projet d'une part, de leur rôle d'animateur d'autre part.

Après une discussion en sous-groupes, échanges d'expériences vécues en animations, la journée s'est principalement déroulée sous forme d'ateliers.

Atelier conception d'un clip vidéo sur la prévention du sida, atelier écriture, atelier "et si c'était à refaire?" et enfin interview individuelle des jeunes devant caméra.

Le détail de cette journée est développé ci-dessous.

vatif et préventif.

Ceci montrerait que les jeunes de notre échantillon ont intégré les messages de prévention qui mettent côte à côte prévention/préventif. Cette assimilation de l'information ne signifie pas pour autant pensons-nous que le moment venu, les jeunes vont effectivement "se protéger", le questionnaire ne portait pas sur cet aspect.

Le cumul des 31 réponses qui citent "parler avec ses proches ou en groupe" et des 12 qui citent "parler avec son partenaire" nous permet de constater qu'une partie importante des jeunes de l'échantillon pense à la parole comme moyen de prévention.

2. 26,6% des jeunes de l'échantillon, soit 72 jeunes, citent l'importance de parler du sida, de la communication.

Ceci confirmerait l'importance des animations comme moyen de prévention en tant que lieu de dialogue et de communication où les jeunes peuvent parler entre jeunes (les mots "dialogue", "communication", "écoute" sont quant à eux déjà cités par de nombreux jeunes dans la catégorie "autres" de la question 1).

Constatons encore que "la fidélité" et "le test" sont peu cités comme moyen de prévention du sida.

Alors que dans la question n°1, la fidélité est citée par 23,7% des jeunes, soit un jeune sur quatre, elle n'est reprise que par 12 personnes comme "technique" de prévention.

Cela signifierait-il que la fidélité serait vécue comme une qualité, un souhait de la relation amoureuse plus que comme un moyen de prévention?

3. 37,8% des jeunes citent un élément d'information.

Ce résultat nous amène à penser que:

Ceci pourrait refléter la demande d'information des jeunes animés et la capacité des jeunes animateurs à répondre à cette demande.

Dans l'affirmative, nous pourrions conclure qu'un projet d'animation de jeunes par des jeunes, atteint un résultat de prévention qui touche au vécu affectif, amoureux (question

1) et aussi informatif (question 2). Un contexte de dialogue et de communication, tel que les jeunes animateurs ont pu le créer lors de leurs animations favorise la réception de l'information technique à propos de la maladie.

De nombreux jeunes par ailleurs retiennent, parmi ce qu'ils ont aimé de l'animation, la compétence des jeunes animateurs: "C'est bien car si des jeunes ont peur de poser des questions aux plus âgés, ils peuvent parler avec ceux de leur âge qui sont plus informés. Elle a été faite par des jeunes de notre âge, elle a été faite avec beaucoup de sérieux." Marie.

5. Résultats et interprétations

question 3:
première partie "Cite en quelques mots ce que tu as aimé de l'animation."

58,9% citent une ou plusieurs qualités de l'animation. Retenons parmi ces qualités l'importance à nouveau de la communication, du dialogue, de parler. Il existerait une certaine constance et cohésion des réponses aux questions 1, 2 et 3.

"Que l'on n'ait pas parlé des moyens de transmission du sida mais de ce que l'on ressentait." Anne

"L'aspect très cool de Virginie qui animait. La franchise, la liberté du dialogue sans prof." Julie

Les qualités retenues de l'animation résultent-elles du fait que ces animations ont été réalisées par des jeunes pour des jeunes?

La réponse à cette seule question 3 ne nous permet pas de l'affirmer, bien que certains jeunes participants le disent explicitement:

"La façon d'en parler. Que c'est un jeune qui en parle. Je trouve que ça choque plus, on comprend mieux. Tout est dit d'une façon marrante tout en restant sérieux." Vincent

De plus, 17% citent spontanément l'animation de jeunes par les jeunes.

Remarquons encore que, bien que notre manuel de codage n'ait pas prévu de critère de lecture et codage de ce point, nous avons observé

que le livre-objet "l'amour sur un air de fa, sol, la, si, da", que nous proposons aux jeunes animateurs comme outil d'animation, et qui a été utilisé par certains, est souvent cité par les jeunes parmi les choses qu'ils ont appréciées dans l'animation.

"Le fait que ce soit présenté sous forme d'un jeu." Carole

question 3:
deuxième partie "Cite ce que tu n'as pas aimé."

Remarquons tout d'abord que 48,5% des jeunes ne répondent pas à la question.

Nous pouvons interpréter cette omission comme étant une absence de critique. Ne pas répondre pourrait signifier qu'il n'y a rien qu'ils n'ont pas aimé.

Nous osons d'autant plus cette interprétation que le pourcentage d'abstention n'est aussi élevé que pour cette question-ci.

48 jeunes formulent une critique par rapport à l'animation et/ou l'animateur, et 20 soulignent des freins à la communication.

Ce qui confirme l'importance déjà relevée lors des réponses précédentes, de la communication, du dialogue.

Les critiques retenues par les 68 jeunes qui se sont exprimés sont liées aux conditions de l'animation, de la communication: animation de trop courte durée, en trop petit nombre, regret du fait que les jeunes du groupe étaient du même avis ou que tout le monde ne disait pas ce qu'il pensait,...

Les autres critiques font en général référence au contenu de l'animation.

"Le fait qu'on parle de la mort, de l'image de la mort, du fait qu'elle soit choquante et chercher à savoir si oui ou non c'était favorable pour la pub." Alexandra

"Les réactions sur les personnes contaminées." Boris

Certaines réflexions citées comme réponse ne paraissent cependant pas des critiques de l'animation:

"Il y a tant à dire et pas assez de temps. Chacun a son opinion et c'est difficile de savoir qui a raison. Mais y a-t-il une seule vérité?" Sandra



B. Analyse des résultats

1. Interprétation des données: remarques préalables

Ce chapitre a pour objectif de vous présenter les résultats de ce travail: les données, leur analyse et certaines hypothèses que nous formulerons.

Nous avons choisi de vous présenter les résultats des questionnaires, question par question, afin de faciliter la lecture et la compréhension. Nous nous permettrons cependant de procéder à certains recoupements de réponses, afin d'expliquer nos réflexions, nos questions.

Les témoignages des jeunes repris dans cette partie sont tirés des questionnaires remplis par les jeunes animés en fin d'animation.

2. Le public cible : présentation de l'échantillon

Nous constatons que 68,5% des jeunes animés sont de sexe féminin, 31,5% de sexe masculin.

Ce pourcentage pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des jeunes animateurs étaient des jeunes filles (43 animatrices pour 17 animateurs). En effet, les jeunes eux-mêmes ont négocié leurs lieux d'animations. On peut donc supposer que ces jeunes filles ont investi leur anciennes écoles ou leurs écoles actuelles majoritairement composées de filles.

La moyenne d'âge des jeunes animés est de 17 ans et 2 mois.

La moyenne d'âge des jeunes animateurs est de 19 ans et demi pour les filles et 20 ans et demi pour les garçons.

3. Résultats et interprétations

question 1:
"Ecris les cinq premiers mots qui te viennent à la tête."

Les résultats pour les 10 mots sont classés par ordre décroissant de fréquence.

Nous constatons que le mot "amour" est cité spontanément par 70% des jeunes de notre échantillon et vient largement en tête, suivi par les mots "sida" (47%), "préservatif" (31,9%), "sexe" (23,7%) et "fidélité" (23,7%).

Le terme "prévention" est cité par 20,7% des jeunes.

Le mot "peur" est cité par 17% des jeunes.

Le mot "confiance" est cité par 15,6% des jeunes.

Le mot "mort" est cité par 13,3% des jeunes.

Le mot "vie" (4,4%) est quant à lui très peu cité.

Parmi les mots "autres" relevons l'importance du prénom du petit copain ou copine, les mots "écoute", "communication", "dialogue", "plaisir", "faire l'amour".

Ces chiffres nous poussent à certaines réflexions.

Le mot "amour" est largement en tête de liste.

Les objectifs que nous nous étions fixés dans la formation et contacts avec les jeunes animateurs étaient de les rendre critiques par rapport aux messages qui les entouraient et de les accompagner dans le processus de travail qui les aide à définir et à organiser eux-mêmes leur propre intervention auprès des autres jeunes.

Ils ont chacun animé selon leurs désirs, leurs espoirs, leurs objectifs, leurs moyens, leurs intérêts, leurs limites.

Ainsi, après une animation de prévention du sida, menée par des jeunes, auprès d'autres jeunes, nous constatons que ce qui est le plus retenu, spontanément, pour qualifier ou parler de l'animation, est un terme à connotation affective.

Le mot "amour" vient largement en tête. N'est-il pas l'expression chez les jeunes d'une envie de parler d'amour pour lui-même?

On pourrait également penser que quand les jeunes se rencontrent pour parler de prévention du sida,

ils parlent inévitablement d'amour. Le sida serait alors intégré aux relations amoureuses, il ne serait pas isolé du vécu affectif de ces jeunes.

Le choix des mots "amour", "sida", "préservatif" par ces jeunes, nous invite à quelques réflexions.

Le choix important de ces trois mots pourrait laisser supposer que ces jeunes ont intégré les campagnes actuelles de prévention en Belgique qui mettent clairement côte à côte prévention, préservatif et relation amoureuse.

Remarquons cependant que les mots "sexe", "fidélité", "peur" et "mort" sont cités respectivement par un jeune sur quatre (23,7%), un jeune sur six (17%), un jeune sur sept (13,3%), alors que ces mots sont peu présents dans les campagnes actuelles.

4. Résultats et interprétations

question 2:
"Ecris en une ou deux phrases, ce que tu retiens de cette animation."

Quand on leur demande ce qu'ils ont retenu de l'animation:

1. 45,6% des jeunes (soit 123 jeunes sur un total de 270) parlent explicitement et spontanément de "faire attention", de prévention, de protection, de précaution.

Ceci témoignerait de leur prise de conscience de l'importance de la prévention.

Nous constatons en effet que 45,6% des jeunes retiennent avant tout de l'animation, ce qui était un des objectifs du projet, "la prévention du sida".

Parmi les 123 jeunes qui parlent de prévention, 87 citent un moyen précis de prévention: le préservatif (46 jeunes), le fait de parler avec ses proches ou en groupe comme moyen de prévention (31 jeunes), la fidélité, le test et "parler avec son partenaire" sont cités chacun par 12 jeunes.

Le préservatif est cité en priorité comme moyen de prévention par les jeunes, associant donc préser-

III. Evaluation du projet

1. Evaluation par les animateurs : journée d'évaluation

Nous avons voulu recueillir les impressions des jeunes animateurs, leur donner l'occasion de se communiquer leurs expériences et leur permettre d'évaluer leur propre expérience.

Pour ce faire, une journée d'évaluation a été programmée.

La grande majorité des jeunes animateurs y a participé.

Les jeunes animateurs ont travaillé en sous-groupes sur le thème: "quelles ont été mes satisfactions et difficultés dans cette expérience d'animation?"

La discussion en grand groupe a amené des réflexions pertinentes; des observations parfois divergentes ont été exprimées. Elles portent sur:

- souhait de la présence ou non du professeur lors des animations;
- satisfaction ou insatisfaction d'avoir réalisé les animations avec des jeunes connus par l'animateur, plus jeunes ou plus âgés;
- évaluation de l'utilisation de cassettes vidéo comme outil d'animation;
- expression de réflexions personnelles,...
- évaluation de l'utilisation du livre-objet comme outil d'animation.

L'après-midi a été conçue sous forme d'ateliers.

Notre objectif était de mettre en place des outils, des cadres facilitateurs d'expression, de créativité et de communication des jeunes entre eux. Ces ateliers permettaient, dans le laps de temps imparti (deux heures) de produire un résultat concret, palpable, avec l'aide de techniques, de supports différents et accessibles.

Différents ateliers ont donc été proposés:

- atelier "réalisation d'un clip vidéo de prévention"
- atelier "écriture"
- atelier "et si c'était à refaire?"
- atelier "interview de jeunes". Cet atelier a fait l'objet d'une cassette vidéo.

Si c'était à refaire:
Y en a qui préfèrent les petits groupes.
Y en a qui préfèrent les grands groupes.
Y en a qui préfèrent les groupes avec les plus jeunes.
Y en a qui préfèrent les groupes avec les moins jeunes.
Y en a qui préfèrent connaître les jeunes.
Y en a qui préfèrent ne pas connaître les jeunes.
Y en a qui pensent qu'une heure c'est bon.
Y en a qui préfèrent au moins deux heures.
Y en a qui pensent que 3 à 4 heures serait super.
Y en a qui préfèrent que le prof soit présent.
Y en a qui préfèrent le faire sans le prof.
Y en a qui préfèrent être payés.
Y en a qui préfèrent ne pas être payés.
Y en a qui préfèrent utiliser une vidéo.
Y en a qui préfèrent sans vidéo.
Y en a qui préfèrent ne pas parler de sida.
Y en a qui veulent absolument parler de sida.
Y en a qui veulent animer à deux.
Y en a qui veulent animer seuls.
Y en a qui préfèrent utiliser le livre-objet.
Y en a qui préfèrent ne rien utiliser.
Y en a qui veulent montrer le préservatif.
Y en a qui préfèrent ne pas le montrer.
Y en a qui préfèrent que les jeunes soient demandeurs.
Y en a qui préfèrent prendre les jeunes par surprise.
Y en a
Jean Bastien lors de la matinée d'évaluation.

1. Atelier vidéo

L'objectif était de proposer au groupe de jeunes, sur base de leurs expériences en animation et sur base de leurs réflexions personnelles sur la prévention, de penser et concevoir ensemble le script, le contenu du scénario d'un clip vidéo de prévention du sida, sachant que la réalisation effective du clip ne serait pas faite.

En proposant cette réflexion sur un clip de prévention, nous avons voulu leur donner l'occasion de dire la prévention telle qu'ils la pensent, la veulent, la conçoivent.

L'atelier animé par un travailleur du SIPS a suscité une discussion animée. Les jeunes se sont posés des questions, ont opposé leurs points de vue, s'aidant à réfléchir plus loin ou autrement. L'esprit critique des jeunes s'est à nouveau manifesté. Critique collective qui a soudé le groupe, a été moteur de leur dynamisme dans la créativité et les a portés à développer leur point de vue personnel.

Le rôle de l'animateur a été de faciliter la parole de tous, de tempérer l'enthousiasme, de coordonner les propositions de contenu et enfin d'assurer le secrétariat.

Ebauche de scénario vidéo

Le débat qui a précédé le projet tournait autour du retournement de discours: plutôt que de réaliser un clip ciblé jeune, l'idée était de réaliser un clip qui montrerait la solidarité entre les générations face à la maladie sida.

"Deux vieux sont assis sur un banc tendrement enlacés.
"Ils ont une façon de parler "jeune".
"Exemple: "Qu'est ce que t'as mis comme slip aujourd'hui?"
"J'ai envie de toi, si on allait faire une petite sieste...".
"A l'arrière plan, il y a deux jeunes assis sur une pelouse qui se parlent."

"Les vieux se lèvent et vont trouver les jeunes qui leur donnent une boîte de préservatifs.
"Ils se dirigent vers une "2 CV" qui se trouve à l'arrière-plan.
"A partir d'ici, le clip devient un pastiche de la publicité "DUREX", slogan: le sida n'a pas d'âge!
ou
si d'âge on parlait!"

2. Atelier écriture

L'objectif était ici aussi de proposer aux jeunes de relater leur expérience, leurs réflexions.

Travail plus individuel que les ateliers vidéo et "si c'était à refaire".

L'animatrice, extérieure au SIPS, a eu recours à des méthodes, des consignes de travail d'écriture qui permettent l'expression au-delà du contrôle, de l'autocensure.

Amener les jeunes à laisser s'exprimer non leurs idées intellectuelles sur la prévention, par exemple, mais plutôt leur vécu affectif, leurs émotions (travail par écriture automatique, association de mots...).

Atelier écriture: deux textes

Il y a des jours comme ça
Où les jours paraissent nuits
Jours noirs ou jours de pluie
Jours de peine ou jours d'ennui
Des jours sombres où l'on oublie
Des jours qui sombrent dans les nuits
Jours de mort, jours fériés
Jours noirs ou jours tombés
Appelez ça comme vous voudrez
Il y a des jours comme ça où l'on aimerait que ces jours morts,
Que ces journées deviennent jours nés

Mon pays

Mon pays, c'est un pays que personne n'a jamais trouvé, c'est un pays caché que j'ai choisi d'habiter. Ce pays je l'ai trouvé par hasard au bout d'une mer gelée. Mon pays je le partage avec des gens qui voyagent et qui ont envie de se reposer sur ses plages ensoleillées. Mon pays est un pays de rencontre où l'on per-

çoit le pour et le contre de nos décisions et hésitations. Quand je suis dans mon pays, j'oublie toutes les sottises et les hypocrisies qui construisent la vie. Lorsque je suis allongée sur les plages ensoleillées de mon pays caché, j'ai envie de crier ma révolte et toutes ces paroles qu'on s'abstient de divulguer lorsqu'on est fâché.

Lorsque la nuit tombe sur mon pays, le bruit de toutes les hécatombes passées résonne en trombe, je pense au monde si éloigné que j'ai choisi de quitter.
Mon pays est un pays que personne ne connaîtra jamais.

Natacha

3. Atelier

"et si c'était à refaire?"

Animé par deux travailleurs du SIPS, cet atelier a lui aussi proposé aux jeunes une réflexion tant sur leurs expériences personnelles comme animateurs que sur le projet tel qu'il a été mené dans son ensemble avec le SIPS.

Discussions très animées entre jeunes où les besoins et points de vue s'opposaient, se complétaient.

Le groupe a proposé de rassembler les différents points soulevés lors de la discussion sous forme d'un texte humoristique, afin de rapporter aux autres jeunes le résultat de leur atelier.

Le texte

Si c'était à refaire...
Si c'était à refaire je serais toujours aussi enthousiaste et je ferais ça au moins une fois avec un garçon et avec plus de monde. C'est dur, on est souvent partagé sans ligne de conduite, sans mode d'emploi. Avec les jeunes, pas avec les quarante ans, pas avec ma mère, pas pour de l'argent, pour se faire plaisir comme on le veut, seul ou à plusieurs pour ne pas dévaloriser l'autre. Continuons, c'est enrichissant pour tout le monde.

4. Interview individuelle des animateurs, devant caméra

Nous avons choisi de poser les trois mêmes questions ouvertes, à chaque jeune, de façon individuelle, et sans qu'ils aient connaissance des questions au préalable.

L'objectif était double:

- donner à chaque jeune l'occasion de parler de son expérience individuellement;
- nous donner un outil d'analyse, de lecture de la perception différente du projet, de leur rôle et de celui du SIPS.

Ici les différences de points de vue et de vécu apparaissent: rôle important ou oublié du SIPS, rôle essentiel de l'animateur ou place prépondérante reconnue aux jeunes animés, difficultés, peurs lors de la première animation, frustrations, regrets mais aussi plaisirs, sentiment de valorisation des jeunes en général, de soi-même lors de cette expérience.

Conclusion du travail en ateliers

Que ce soit par un travail collectif ou individuel, nous constatons le même processus: la mise en place d'un espace, d'un contexte qui permet la critique, le laisser dire, l'expression libre, non contrôlée, qui permet ensuite la phase de création, de construction, d'expression de points de vue personnels ou collectifs, l'investissement personnel.

Les interviews et la journée d'évaluation ont été synthétisées sous la forme d'un document vidéo disponible sur demande.

Elle témoigne de la sincérité mais aussi de la richesse de réflexion et de création de ces jeunes lors de leur interview d'une part, dans les ateliers d'autre part.

2. Evaluation du projet par les animés

Analyse, avec l'aide de l'APES, des questionnaires remis aux jeunes animés lors des animations.

A. Méthodologie

L'évaluation de notre projet de prévention du sida porte principalement sur l'animation des jeunes par des jeunes.

1. Présentation du questionnaire

Il s'agissait pour nous de "recueillir" d'une façon ouverte les opinions, avis, sentiments, remarques des jeunes participant à l'animation sans que les jeunes animateurs aient le sentiment d'être jugés.

Nous avons pensé à "un questionnaire très ouvert et simple" qui serait à remplir par les participants en fin d'animation sans que cela leur demande un grand investissement en temps.

Le questionnaire
1. Ecris les 5 premiers mots qui te viennent à l'esprit.
2. Ecris en une ou deux phrases ce que tu retiens de cette animation.
3. Dis en quelques mots: a- ce que tu as aimé de cette animation: b- ce que tu n'as pas aimé:
4. Tu viens de participer à une animation réalisée par des jeunes; qu'est-ce que tu penses de cette idée?

C'est donc un questionnaire qui a été auto-administré par les jeunes eux-mêmes, distribué en fin d'animation à chaque jeune animé. Les jeunes animateurs recueillaient ensuite les questionnaires et les faisaient parvenir au SIPS.

2. A qui les questionnaires étaient-ils destinés?

2000 jeunes ont participé à ces animations.

1500 questionnaires ont été diffusés.

Nous avons recueilli plus de 800 questionnaires. Un certain nombre de questionnaires n'ont pas été rendus au SIPS par les jeunes animateurs. D'autres ont été rendus trop tardivement, le travail étant entamé. Nous n'en avons pas tenu compte (pour l'explication de ce chiffre voir le chapitre "Le Projet"). L'analyse porte sur un échantillon de 270 questionnaires.

3. Intervention de l'APES

L'APES nous a accompagné au moment de la construction de la grille d'analyse des réponses au questionnaire. L'APES apporte à l'équipe du SIPS une compétence technique en matière d'évaluation. Rappelons que l'APES (Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé de l'Université de Liège) est un service aux éducateurs, agréé par la Communauté française pour des missions de conseil en méthodologie et en évaluation. L'objectif principal de l'APES est de promouvoir la qualité méthodologique des programmes d'éducation et de promotion de la santé dans la Communauté française de Belgique.

Ses objectifs généraux sont de:

- susciter le désir et la volonté de développer des actions de qualité chez les relais en éducation pour la santé;
- rendre les relais capables de concevoir, entreprendre, évaluer et réussir des projets utiles;
- développer des outils méthodologiques répondant aux finalités de la promotion de la santé et adaptés aux activités de terrain;
- développer la collaboration entre les équipes universitaires et les acteurs de l'éducation pour la santé.

4. Constitution de l'échantillonnage

Un échantillon de 270 questionnaires nous semblant nécessaire pour notre analyse nous avons décidé de tirer au sort un questionnaire sur trois. Les questionnaires étaient classés par groupe d'animation, les groupes les plus petits étant constitués de 8 jeunes, les plus importants de 25 jeunes.

Les chiffres qui suivent devront être lus comme des indicateurs de tendances et non pas comme des résultats complets et représentatifs.

5. Construction de la grille d'analyse

Avec l'aide de l'APES, nous avons procédé au codage des questionnaires.

Un manuel de codage des questionnaires -c'est-à-dire une grille d'analyse du contenu- a été établie, sur base de 100 questionnaires tirés au sort dans les 800 questionnaires rentrés au SIPS que nous appelons "échantillon codage".

Deux réunions de travail entre le SIPS et l'APES ont été nécessaires pour la constitution de ce manuel.

6. Etapes du travail d'analyse des questionnaires

Le travail de codage de chacun des 270 questionnaires a été réalisé par les travailleurs du SIPS, responsables du projet.

L'APES a traité les données grâce au logiciel EPI-INFO et présenté les tableaux des résultats.

L'interprétation de ces tableaux de résultats a été réalisée par l'équipe du SIPS, en collaboration avec l'APES.