

Tabac Lausanne

21 et 22 août 1998

Conférence internationale "Le coût social de la consommation de tabac".

Les langues de travail sont l'anglais, le français et l'allemand. Frais d'inscription: 200 CHF (forfait comprenant aussi deux repas).

Renseignements: Institut des hautes études en administration publique, IDHEAP, Université de Lausanne, Nils Soguel, route de la Maladière 21, CH 1022 Chabanne-près-Renens. Tél.: ++41.21.694.06.55. Fax: ++41.21.695.06.06 E-mail: nsoguel@idheap.unil.ch

Assuétudes Liège

17 septembre 1998

"Les alcoolismes et les autres drogues aujourd'hui: prévenir, soigner et intégrer", journée d'étude organisée par le Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues (CCAD).

Lieu: Haute Ecole de la Province de Liège, quai du Barbou 2, 4020 Liège.

Frais d'inscription: 1000 FB pour les membres CCAD et Société belge d'Alcoolologie, 1200 FB pour les non-membres, 250 FB pour les étudiants sur présentation de la carte.

Renseignements: CCAD, c/o Hôpital de jour universitaire La Clé, boulevard de la Constitution 153, 4020 Liège, tél. 04/342.65.96, fax 04/342.22.15.

Accident Charleroi

1^{er} octobre 1998

Journée d'étude sur la sécurité incendie dans les établissements de soins. Cette journée traitera des problèmes en matière d'organisation de l'intervention en cas d'incendie et proposera, en plus des moyens techniques, des solutions par une formation continue du personnel.

Elle sera conclue par la présentation d'une série de 5 vidéos sur la prévention des incendies dans les établissements de soins (maisons de repos, hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques et crèches).

Renseignements: IBEVE (Instituut voor bedrijfsveiligheid), Leen De Vreese, Interleuvenlaan 58 bus 2, 3001 Heverlee, tél. 016/39.04.96, fax 016/40.05.62.

Santé mentale - Santé communautaire Saint-Josse

5 octobre 1998

La Commission communautaire française, le Service de santé mentale le Méridien et l'association Appartenance de Lausanne organisent une journée de formation/sensibilisation à l'approche communautaire en santé mentale.

La participation à la journée est gratuite. Le nombre de participants est limité à 25.

Renseignements et inscriptions: Thierry Lahaye, Commission communautaire française, boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles.

Santé communautaire Auderghem

6 octobre 1998

Colloque sur la santé communautaire organisé par Question Santé asbl, et encadré par l'asbl "Santé, communauté, participation". Au programme:

Le matin

- la participation dans le contexte des quartiers en crise, par M. Claude Jacquier, chargé de recherche au CNRS, Grenoble;

- les acteurs du développement et la promotion de la santé, par le Dr. Philippe Macquet, médecin-inspecteur de santé publique, DRASS Nord-Pas-de-Calais;

- le travail intersectoriel des professionnels de la santé: des déjà riches qui mendient ou des partenaires sincères?, par M. Michel O'Neill, Professeur à l'Université de Laval, Québec (à confirmer);

- la question du singulier à travers une trajectoire sociale et culturelle, par le Dr Charles Burquel, directeur de l'association Le Méridien, Bruxelles.

L'après-midi

- table ronde sur le thème du diagnostic communautaire;

- table ronde sur le thème des différentes formes de participation, de l'engagement de la population.

L'inscription au colloque est gratuite. Le nombre d'inscriptions est limité. Date-limite: le 7 septembre 1998.

Renseignements: Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74, fax 02/512.54.36.

Santé - famille Liège

L'équipe santé de la Ligue des familles - secteur de Liège propose 5 modules de

formation santé (grand public) de 12 à 15 heures. Les rencontres ont lieu une fois par semaine durant 3 heures.

Les thèmes abordés sont:

- le stress,
- parents-santé,
- défense du patient,
- alimentation,
- qualité de vie et environnement.

Renseignements: Ligue des familles, équipe santé, rue des Ixellois 3, 4000 Liège, tél. 04/253.28.24.

Prévention sida

L'Agence de prévention du sida, supprimée par le décret du 22/12/1997, a définitivement cessé ses activités, et quitté ses locaux de la rue de Haerne.

Voici les coordonnées du nouveau Service général de la prévention du sida, qui fait dorénavant partie de la Direction générale de la santé du Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique: Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Personnes de contact: Dr Brunson, M. Henkinbrant. Tél.: 02/413.38.65. Fax: 02/413.26.13.

Emploi - offre

La Fondation luxembourgeoise contre le cancer se propose d'engager, pour son service Éducation à la santé, un collaborateur (m/f) de formation paramédicale, sociale ou en sciences humaines, avec expérience ou formation en éducation pour la santé, à raison de 20 heures par semaine à durée déterminée (2 ans) pour l'élaboration et la mise en place de programmes d'éducation à la santé pour le milieu scolaire ou en entreprises.

Qualifications requises:

- connaissance parfaite des langues française, anglaise et allemande (le luxembourgeois étant un atout);
- connaissances dans le domaine de la prévention du cancer (tabagisme, nutrition, etc.);
- non-fumeur;
- dynamique et motivé(e);
- facilité de rédaction.

Les demandes avec pièces à l'appui (diplômes, CV, motivations, prétentions salariales) sont à envoyer à:

Madame M-P Prost, directeur de la Fondation Luxembourgeoise contre le cancer, B.P. 404, L-2014 Luxembourg.

Education SANTÉ

JUILLET-AOÛT 1998

129

Stratégie

La santé des Belges
p. 3

Initiatives

Les Midis à l'école
Cristine Deliens
p. 9

Aider les enfants à grandir
sans tabac
p. 11

Le kadoudou dis c'est la vie
p. 15

Le film d'animation au service
de la prévention cardio-vasculaire
p. 18

Locale

Parler du sida et de la tolérance
des enfants
par Michèle Demeuse,
Maurice Lamy
et Rachel Annet
p. 21

Vu pour vous

Y a pas honte :
construction de l'identité sexuelle
par Joëlle Delvaux
p. 27

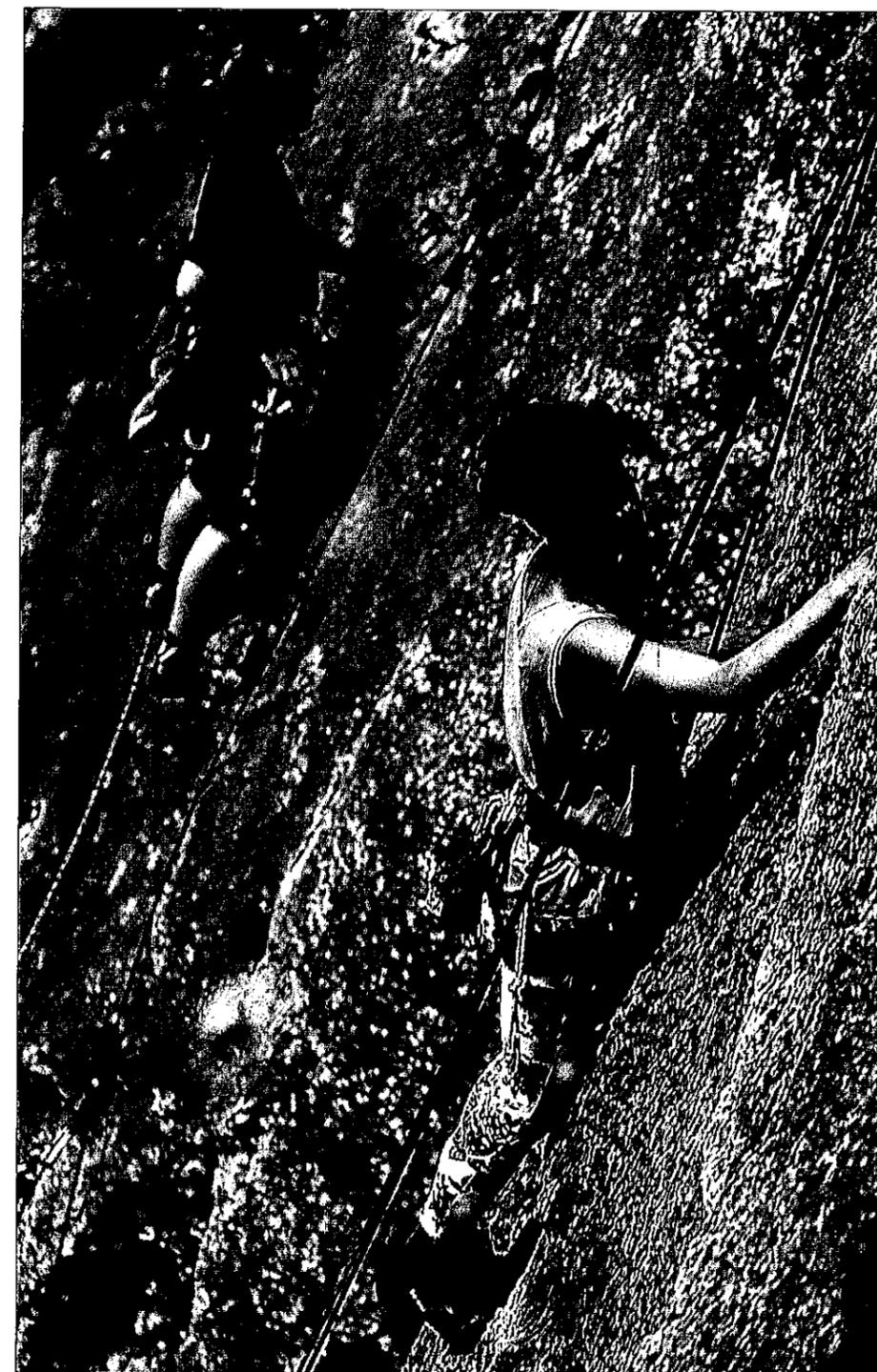


Photo: Didier Mossial / Photo

L'empowerment,
un processus individuel
en interaction avec les autres

par Régent Fortin, Arthur Gélinas et Colette Schoonbroodt, p. 4

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.



La fin d'une époque

Voici un an, le Parlement de la Communauté française de Belgique votait un décret consacrant une nouvelle orientation des compétences communautaires relatives à la santé. Ce décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française (1) rompt avec le passé de manière assez radicale.

Il introduit une nouvelle philosophie de l'action caractérisée par le souci de faire de l'individu et de la collectivité des acteurs de changement, par une volonté renforcée d'ancrer les interventions le plus près possible des publics bénéficiaires, et par l'ambition de promouvoir le bien-être de la population en mobilisant l'ensemble des politiques publiques.

Le décret et ses arrêtés d'application bouleversent aussi sérieusement le paysage: mise en place d'un programme quinquennal (il devrait être connu dans quelques semaines) décliné en plans communautaires annuels; inscription de la prévention des assuétudes et des maladies infectieuses (dont le sida) dans le cadre général de la promotion de la santé; mise en place d'un dispositif limité de Services communautaires à vocation méthodologique (ils devraient être connus sous peu); renforcement considérable des moyens mis à la disposition des Centres locaux de promotion de la santé.

Quel avenir pour Education Santé ?

Les anciennes structures mises en place en 1988 cesseront d'être agréées le 31 août prochain.

Le Gouvernement, l'Administration, le Conseil supérieur de promotion de la santé, les futurs services et centres locaux ont beaucoup travaillé depuis le début de l'année pour permettre un démarrage harmonieux et dans les temps. Cela n'a pas toujours été simple, vous vous en doutez. Et à l'heure où j'écris ces lignes, il n'est pas sûr que tout sera en ordre dans un bon mois...

Les Mutualités chrétiennes étaient agréées pour réaliser Education Santé,

dans le cadre d'une Cellule de coordination intermutualiste gérée en commun avec les Mutualités socialistes. Cela sera bientôt fini.

Est-ce à dire que notre mensuel ne paraîtra plus après les vacances? J'ose espérer que non.

Education Santé est gratuit, mais a un coût. Et une partie importante de ce coût est couverte jusqu'à présent par la Communauté française. Si cette dernière nous renouvelle sa confiance, nous serons heureux de contribuer à populariser ses choix stratégiques, et de continuer à donner la parole à ceux qui font la promotion de la santé, à leur niveau, important ou modeste.

Quelques chiffres sur Education Santé

- Périodicité : 10 numéros par an
 - Nombre de pages : 28
 - Diffusion : 1970 exemplaires
 - Nombre de lecteurs : environ 8000 (80% en Belgique, 20% à l'étranger)
 - Coût de production annuel (salaires, production, routage): 4.800.000 F
 - Subvention annuelle : 3.700.000 F
- d'après le rapport d'activités 1997*

L'incertitude est évidemment inconfortable. Mais c'est aussi une opportunité de faire le point, de se remettre en question, d'explorer de nouvelles pistes, de relever de nouveaux défis.

J'espère pouvoir le faire avec vous, lecteurs fidèles de longue date, mais aussi collaborateurs nombreux et bénévoles qui ont permis à Education Santé de tenir le cap pendant une centaine de numéros.

A bientôt!

Christian De Bock, rédacteur en chef, 22 juillet 1998

(1) Pour plus de détails, voir le numéro spécial d'Education Santé, toujours disponible sur un simple coup de téléphone au 02/237.48.53.

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.
Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.
Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Chantal Delvaux, Maryse Van Audenhaege
Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

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

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.200 exemplaires.

Diffusion: 1.950 exemplaires.

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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Internet : www.euronet.be/healthpromo

dien développé aussi dans certaines communes de Belgique).

La qualité de ce document de prévention, destiné à faire réfléchir les enfants de 9 à 12 ans sur les dangers qui les entourent, réside dans sa simplicité d'expression qui donne son efficacité à l'information délivrée.

Quatre séquences jouées mettent en scène des enfants en difficultés alors qu'ils ne sont pas à proximité de leur domicile: un garçon se blesse en tombant de vélo, des enfants perdus envisagent de rentrer en stop, une dame inconnue tente d'emmener une fillette dans sa voiture, un monsieur a les "mains baladeuses" dans un bus.

Note: Le document est accompagné d'une notice-conseil et ne peut être utilisé sans la présence d'un animateur.

Production: PARENTS-SECOURS DINANT, 1995

Réalisation: COLLIGNON A., DE BUIYSER S.

Durée: 15', Couleur

Référence Médiathèque: SW 0369

Un autiste dans la ville

Matthias a 26 ans, il est autiste. A deux ans, les médecins ne laissaient que peu d'espoir à ses parents. Aujourd'hui, grâce à l'amour des siens, à leur attention et leur patience, mais surtout grâce à sa propre volonté, Matthias parle, communique et travaille. Rares sont les autistes qui parviennent à créer des ponts entre leur univers clos et leur entourage. Pour parler devant la caméra, Matthias a surmonté bien des obstacles. Avec sensibilité et profondeur, il témoigne du chemin parcouru et de sa lutte pour sortir de la prison de l'autisme.

Le cas particulier présenté ici ne doit en aucune manière conduire à une généralisation qui permettrait de penser que des résultats similaires peuvent être obtenus dans tous les cas d'autisme.

TELL QUIEL

Production: T.S.R., 1996

Réalisation: PLESSZ A., JENKINS L.

Durée: 22', Couleur

Référence Médiathèque: SW 0435

Des caramels pour Arthur - le dépistage des dyslexies

Ce document a pour objectif de sensibiliser les parents et les professionnels

de l'enfance aux enjeux que représente un dépistage précoce de la dyslexie. Trop souvent, la dyslexie de l'enfant est prise en compte tardivement (suite à un échec scolaire en primaire) alors qu'il est possible de détecter ce trouble dès l'âge de trois ans.

Des cas d'enfants souffrant de formes différentes de dyslexie sont présentés ainsi que des exemples de dépistage précoce: chez un enfant de quatre ans, en maternelle et avec un médecin scolaire qui réalise des tests d'audition.

Cet excellent document de sensibilisation au dépistage de la dyslexie comporte des mises en situations claires et proches du vécu permettant une identification aux situations présentées.

Cet outil complète la cassette " De la foncture sur le podoggan " (Réf.: SW 9944) du même réalisateur.

Production: ARCIS

Réalisation: FRANÇOIS P.

Durée: 21', Couleur

Référence Médiathèque: SW 9952

Les relations parents-enfants en images

Eduquer un enfant: voilà tout un programme pour les parents. Qui se posent beaucoup de questions concrètes à ce sujet. Il y a plusieurs années déjà, le Centre vidéo de Bruxelles, le Fraje, Respect et Question Santé ont lancé une série de documents vidéographiques sur les relations parents-enfants.

Le premier " Les chemins de l'autonomie " abordait la grossesse, la naissance, l'accueil de l'enfant dans sa famille, la rencontre du bébé réel et du bébé imaginaire. Le deuxième " Au fil des relations ", était construit autour des relations parents/enfants lors de l'adolescence. Le troisième " Corps, accords et désaccords " permettait de découvrir la phase d'opposition de l'enfant aux parents autour de l'âge de 18 mois.

Aujourd'hui, une quatrième vidéo vient d'être produite. " Y a pas honte " aborde le thème de la construction de l'identité sexuelle. Monique Meyfroidt, conceptrice de ce documentaire développe le sujet: " Bien avant que

l'enfant ait réellement conscience d'appartenir à un sexe, ses partenaires adultes lui reconnaissent une identité sexuée. En fonction de cette reconnaissance et de l'écho que cela produit en eux, ils vont adopter certaines attitudes à son égard et en réprimer d'autres. Toutes ces attitudes, réactions et comportements de l'entourage ont une importance fondamentale dans la structuration de l'identité sexuelle du jeune enfant. A travers la rencontre de parents et d'enfants, depuis la naissance jusqu'au début de l'adolescence, notre recherche sur ce thème porte l'accent sur le vécu de l'enfant. L'interview d'une adulte met en évidence les manquements que certains enfants sont amenés à vivre ainsi que leurs répercussions dans leur vie affective "

Comme les précédents, ce document n'a pas pour but de donner des recettes ou d'avancer des théories mais bien d'inviter tant les professionnels de la santé et de l'enfance que les parents eux-mêmes à réfléchir et échanger sur toutes les questions soulevées. A chaque fois, le principe est le même: la caméra filme avec respect des moments de vie et donne la parole à des parents, des enfants, des adolescents de tous milieux.

Des témoignages recueillis là où vivent les familles. Des émotions, des réactions, des paroles, des attitudes qui interpellent chacun, appellent à la réflexion et ouvrent le dialogue.

Ces cassettes vidéos visent à sensibiliser à la construction de relations épanouissantes et harmonieuses entre tous les membres de la famille. L'objectif est ambitieux. Mais il a toutes les chances d'aboutir. Car ces excellents outils adoptent un ton juste et sont accessibles à un large public.

Les différentes cassettes sont accompagnées d'un cahier d'animation permettant aux professionnels de les utiliser dans un cadre de prévention. Elles peuvent être achetées (les prix varient de 1.800 F (Les chemins de l'autonomie) à 2.800 F (Y a pas honte)) ou louées (300 F par semaine) au CVB, rue Royale Ste Marie 113, 1030 Bruxelles. Tél.: 02/216.80.39. Fax: 02/245.13.45.

Joëlle Delvaux, En Marche

■ Nouveautés vidéo

Voici quelques productions inscrites récemment au catalogue-guide Education pour la Santé.

Pour d'autres renseignements, contacter la Médiathèque, Service des Collections Thématiques, Place de l'Amitié, 6-1160 Bruxelles. Tél.: 02/737.18.11 - Télécopie: 02/737.18.88. Internet: www.lamediatheque.be

La dépression

La dépression nerveuse touche un nombre considérable de personnes, environ une sur cinq d'après certaines sources. Ses causes sont multiples et les mécanismes de son déclenchement restent mal élucidés.

Ce document est un excellent outil d'information sur la problématique de la dépression (dépression réactionnelle, mélancolie, maniaco-dépression, etc.), des mécanismes de cette pathologie, des symptômes et des traitements. Il propose de faire un tour d'horizon des différentes thérapies existantes.

Plusieurs témoignages, sincères, optimistes et parfois émouvants, de personnes ayant souffert ou souffrant encore de dépression sont commentés par un psychiatre qui insiste sur la triple dimension de la dépression: biologique, psychologique et sociale.

Ce document donne envie d'en savoir plus et de découvrir les livres présentés en fin d'émission.

PULSATIONS

Production: R.T.B.F., 13/01/98
Réalisation: BADOT P., RONDIA K.
Durée: 60', Couleur
Référence Médiathèque: SW 0217

Sommeil trompeur

Dans le nord de l'Angola, une équipe de Médecins Sans Frontières Belgique lutte contre la trypanosomiase, mieux connue sous le nom de maladie du sommeil.

Pratiquement éradiquée en 1975, cette maladie transmise par la mouche tsé-tsé est en pleine recrudescence. Le reportage lance un cri d'alarme à la communauté internationale face à la situation endémique en Afrique équatoriale en décrivant le mode de trans-

mission de la maladie, sa pathologie évolutive et mortelle, les limites du traitement et les problèmes de dépistage. Il soulève la question du financement de la recherche d'un nouveau médicament et de la lutte intensive qui devrait être menée contre la mouche tsé-tsé.

Note: ce document contient certaines scènes susceptibles d'impressionner des personnes sensibles.

Premier prix, catégorie Grand public, au Festival international du film médical et de santé de Liège (FIFIMEL 1998).

Un film de grande qualité, tant en ce qui concerne la pertinence du sujet abordé que son traitement cinématographique. Le choix des images et des interviews contribue à rendre le document attrayant et mobilisateur sans pour autant tomber dans le piège du document promotionnel.

Production: M.S.F. BELGIQUE, 1998
Réalisation: RENDERS P.P., SAINT-MARTIN V.
Durée: 37', Couleur
Référence Médiathèque: SW 0349

Cet autre que moi

Divisé en deux parties, ce document traite de la prévention des violences et des abus sexuels chez les jeunes de 11 à 14 ans, qu'ils soient victimes ou auteurs.

La première partie, d'une durée de 32 minutes, s'adresse aux adultes (parents, enseignants, animateurs, etc.) et se compose d'une présentation du programme, de son mode d'utilisation et de trois fictions: "Le sentiment amoureux", "La violence verbale" et "L'abus sexuel". Chaque film est suivi d'un décodage du scénario à travers une base de questionnement afin d'aider les animateurs à mener un débat avec les jeunes.

La deuxième partie, destinée aux jeunes de 11 à 14 ans, ne comprend que des fictions qui ont pour objectif de provoquer l'échange et de permettre aux jeunes de mettre des mots sur ce qu'ils vivent.

Un livret accompagne ce titre. Il contient les textes introductifs et les suggestions de questions pour un débat ainsi qu'un résumé des dispositions légales françaises en matière de violence.

Production: JE.TU.IL. CREATION, 1996
Réalisation: BETREMIEUX B.
Durée: 51', Couleur
Référence Médiathèque: SW 0386

Les enfants autistes

Entre handicap et psychose, l'autisme reste un mystère pour la science. Absence de communication, retard ou absence de langage et troubles du comportement sont les formes caractéristiques de cette affection dont l'origine reste obscure. Jadis attribuée à un trouble de la relation mère-enfant (voir les travaux aujourd'hui contestés de Bettelheim), elle serait actuellement attribuée à des lésions cérébrales pré- ou post-natales.

Quelques portraits d'enfants et de jeunes adultes, filmés avec patience et tendresse, illustrent le propos et permettent d'aborder la question de la prise en charge des autistes.

PULSATIONS

Production: R.T.B.F., 07/04/98
Réalisation: RONDIA K., VAN BELLINGHEN M.
Durée: 60', Couleur
Référence Médiathèque: SW 0429

Urgences

Chacun risque d'être un jour confronté à un cas d'urgence en tant que victime ou en tant que témoin. Des premiers réflexes dépendent l'efficacité des secours et le bon fonctionnement de la chaîne de survie.

A partir de plusieurs reportages dans un important service d'urgences de la région de Liège, l'émission "Pulsations" propose une réflexion sur les phénomènes de société qui se cristallisent dans un tel contexte: la généralisation du "tout aux urgences", l'encombrement des services 100, le mal-être des soignants, etc.

PULSATIONS

Production: R.T.B.F., 17/02/98
Réalisation: BADOT P., RONDIA K.
Durée: 59', Couleur
Référence Médiathèque: SW 0417

J'aime, j'aime pas...

Voici un document dont l'objectif est d'aider les enfants à adopter des réflexes dont celui de dire "J'aime, j'aime pas" et de les inciter à s'adresser à des "parents-secours" (concept cana-

■ La santé des Belges

On connaissait déjà le "Chagrin des Belges", voici aujourd'hui la première grande enquête sur leur santé. Plus précisément, sur leur perception de leur état de santé, sur leur utilisation des services de soins de santé, et sur leur comportement par rapport à des mesures de protection et de prévention.

C'est un exploit d'autant plus remarquable qu'il a fallu convaincre pas moins de neuf ministres ayant des compétences en matière de santé pour la réaliser. On imagine que ce ne fut pas une mince affaire...

L'enquête a consisté en une interview approfondie d'un échantillon de 10.000 personnes représentatif de la population habitant en Belgique, et aussi représentatif des communautés et régions de notre pays. Elle s'est déroulée en 1997. L'Institut national de statistique a collecté et traité les données, et l'Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur (anciennement Institut d'hygiène et d'épidémiologie) a analysé les milliers de réponses.

Une analyse rapide (1), puisque les résultats nous sont déjà communiqués quelques mois plus tard.

Une bonne nouvelle, qui contredit le titre du roman de Hugo Claus: 78% des Belges âgés de 15 ans et plus s'estiment en bonne ou en très bonne santé.

Ce score rassurant cache malheureusement des différences sensibles: les femmes déclarent plus souvent une mauvaise santé, ainsi que les gens habitant à Bruxelles ou en Wallonie. La mauvaise santé subjective augmente avec l'âge et est aussi plus fréquente parmi les classes sociales défavorisées. Des nuances qui ne surprennent guère et confirment ce qu'on savait ou soupçonnait déjà.

Nous ne développerons pas ici la masse de données ressortant de l'enquête, mais en épinglerons deux relatives à des thèmes ayant fait l'objet ces dernières années d'une attention particulière en Communauté française.

32% de la population cible a été vaccinée contre la grippe au cours des douze derniers mois, soit 34% en Flandre, 32% à Bruxelles et 30% en Wallonie. Ce pourcentage monte à 45% chez les

Belges âgés de 65 à 74 ans, et à 50% pour les "75 ans et plus".

69% de la population a des attitudes discriminatoires vis-à-vis des séropositifs et/ou des malades du sida. C'est énorme. Petite consolation: le pourcentage de la population qui a des attitudes discriminatoires est significativement plus élevé en Flandre (73%) qu'à Bruxelles (65%) et en Wallonie (62%).

Les sujets abordés en Communauté française

Etat de santé

1. Santé subjective
2. Maladies et affections chroniques
3. Incapacités physiques fonctionnelles
4. Plaintes subjectives en matière de santé
5. Etat nutritionnel
6. Hygiène dentaire
7. Santé mentale
8. Santé sociale

Styles de vie et prévention

1. Consommation de tabac
2. Consommation d'alcool
3. Activités physiques
4. Vaccination
5. Connaissances et attitudes par rapport au sida
6. Habitudes nutritionnelles
7. Santé maternelle et infantile
8. Prévention cardio-vasculaire
9. Prévention du cancer
10. Accidents

Consommation de soins

1. Contacts avec le médecin généraliste
2. Contacts avec le médecin spécialiste
3. Contacts avec le dentiste
4. Hospitalisations
5. Consommation de médicaments
6. Soins de première ligne
7. Dépenses pour des soins de santé

Inégalités sociales en matière de santé

1. Inégalités sociales
2. Accessibilité des soins de santé

Référence: J. Tafforeau, S. Demarest, P. Leurquin, V. Tellier, J. Van der Heyden, H. Van Oyen, La santé de la population en Communauté française de Belgique. Enquête de santé par interview, résumé des résultats, 57 pages, 1998.

Nous ne manquerons pas de revenir en détail sur les résultats de cette enquête de grande envergure dans nos prochains numéros.

Exploitation communautaire

Vu le grand nombre de commanditaires, il y a plusieurs rapports complets, et, pour ceux qui veulent disposer des données de base, des résumés spécifiques: Belgique, Flandre, Wallonie, Bruxelles-Capitale, Communauté française (je n'ai pas vu celui de la Communauté germanophone...).

L'enquête de santé révèle des données sensibles en matière de consommation de soins de santé et de comportements considérés comme favorables ou néfastes à la santé.

On devine rapidement l'usage que certains politiciens pourraient faire de cette 'photographie' qui constate des comportements variables selon les régions.

Wivina Demeester, Ministre des Finances, du Budget et de la Politique de Santé de la Communauté flamande, a commencé ainsi son intervention lors de la conférence de presse annonçant la sortie des résultats de l'enquête:

"La Flandre se prépare à pouvoir construire son propre système de soins de santé. Nous ne voulons pas le changement pour le changement. Ce que nous voulons, ce sont des soins de santé sur mesure pour la population flamande".

A bon entendeur...

Christian De Bock

Centre de recherches opérationnelles en santé publique, Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles. De nombreuses données sont aussi accessibles sur l'internet: <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index0.htm>.

(1) Peut-être parfois un peu trop rapide d'ailleurs: le résumé relatif à la Wallonie porte comme titre "La santé de la population en Belgique et en Wallonie", et comme référence "La santé de la population en Belgique et à Bruxelles"! Déjà qu'on a du mal à s'y retrouver...

L'empowerment comme processus appropriatif en éducation pour la santé

Expérience novatrice en prévention des maladies cardio-vasculaires (1)

Introduction

Aborder le concept d'empowerment à ce stade-ci de son évolution et de son appropriation par divers intervenants sociaux est relativement complexe. D'une part, ce concept est utilisé dans plusieurs champs disciplinaires traitant de l'agir humain, que ce soit la psychologie sociale, la gestion des organisations, l'action communautaire et le service social ou l'éducation pour la santé. D'autre part, la dimension valorielle qui teinte ses operationalisations, ouvre sur un ensemble plus vaste de représentations du social, de sa transformation et du rôle des acteurs.

Notre appropriation du concept d'empowerment est contextualisée par notre position de professeurs-chercheurs impliqués dans des interventions associant la recherche, la formation et l'action, dans des domaines comme l'éducation, l'administration scolaire et l'éducation pour la santé. C'est en rapport avec l'éducation pour la santé que nous ferons état de notre réflexion sur l'empowerment dans le présent texte.

Faire état de notre réflexion, c'est autant dévoiler ce que nous portons comme valeurs et référents théoriques que de décrire ce que nous faisons. C'est mettre en lumière un cheminement en cours plus que de présenter un point de départ ou un point d'arrivée.

Ce cheminement s'étale sur plusieurs années au cours desquelles nous avons articulé nos réflexions et nos pratiques autour des concepts de complexité et de diversité, de prise en charge et surtout de "changement émergent (2)". Nous nous intéressons surtout aux processus plutôt qu'aux contenus. Nous axons notre expertise sur la dimension de la gestion des processus plutôt que sur les processus eux-mêmes. Notre formation, nos intérêts, les problèmes abordés dans nos interventions, de même que les

clientèles auprès de qui nous intervenons, nous ont conduits à conserver et à approfondir la dimension de la gestion des processus. Tous ces travaux nous ont amenés à définir un concept intégrateur que nous nommons la **gestion appropriative**.

C'est dans la continuité de ce cheminement que le concept d'empowerment nous est apparu prendre tout son sens et ouvrir des pistes de développement les plus significatives.

Le présent texte comprend trois sections. La première présente les principaux éléments de ce qui constitue, en quelque sorte, un cadre de référence pour l'intervention en éducation pour la santé et la place qu'occupe le concept d'empowerment.

La deuxième présente un projet de recherche-intervention en éducation pour la santé et la manière dont s'y articule le concept d'empowerment.

La troisième est de l'ordre de la discussion et du questionnement sur les conditions facilitantes ou contraignantes de l'empowerment comme processus appropriatif dans le contexte de l'intervention.

Cadre de référence

L'intérêt manifesté pour l'empowerment dans le monde des intervenants en santé est un phénomène récent, qui s'est surtout accentué au cours des vingt dernières années. Cet intérêt s'inscrit cependant dans un mouvement de profondes transformations des représentations de la santé et de l'intervention.

Traditionnellement, la santé était définie comme l'absence de maladie. Cette vision de la santé a conduit les services gouvernementaux et sociaux à mettre en place des dispositifs de soins dont la mission est d'aider les personnes atteintes de maladie. Les recherches ont alors visé une meilleure connaissance de la maladie, de ses symptômes, de ses causes, de ses processus, de ses conséquences et de ses traitements.

Les recherches épidémiologiques ont permis de mieux comprendre les situations dans lesquelles les maladies apparaissent, et de là, identifier un certain nombre de facteurs au caractère plus ou moins déterminant. En fait il s'agit de facteurs que l'on peut associer à l'apparition d'une maladie à l'échelle d'une population, sans qu'on puisse établir de lien de causalité entre ceux-ci et la maladie à l'échelle individuelle. Ces facteurs ont été appelés **facteurs de risque**.

Le développement des connaissances sur les facteurs de risque, associé à une croissance considérable des coûts des soins de santé, a amené les services publics de santé à orienter leurs stratégies d'intervention vers la prévention de la maladie, stratégies visant la réduction des facteurs de risque. Ces stratégies sont de deux ordres.

D'une part les facteurs de risque étant associés à des comportements individuels, les stratégies de prévention ont mis l'accent sur la responsabilité individuelle de la maladie en blâmant la victime et en accentuant les mises en garde.

D'autre part, certains facteurs de risque étant associés à des caractéristiques environnementales, des stratégies visant à blâmer l'environnement et à agir sur la modification de celui-ci.

Au fil de cette évolution, une nouvelle vision de la santé émergeait, celle de la santé comme état de bien-être. Le passage d'une vision négative de la "santé = absence de maladie" à une vision de la "santé = état de bien-être" pose un certain nombre de questions à tous les intervenants et aux responsables des services publics de santé.

(1) Ce texte est une communication donnée par Régent Fortin et Arthur Gélinas, dans le cadre du colloque sur l'empowerment au Congrès de l'ACFAS, 1994

(2) Par changement émergent nous faisons référence à un cadre théorique particulier sur le changement (par rapport au changement planifié) et à une méthodologie d'intervention très structurée, adaptée à la gestion du changement dans une perspective favorisant l'émergence des pistes d'action de transformation par/et pour les acteurs concernés (Schoonbroodt et Gélinas, 1996).

Mais alors, qu'est-ce qui va mal ? C'est cela que ce livre vous propose d'explorer au fil des pages. "Le sommeil nous donne une des clés de la compréhension de l'enfant, de la richesse de son monde intérieur qui n'est pas encore modelé par la vie, la société, ses contraintes. Regarder dormir leur enfant offre aux parents la surprise et le plaisir de découvrir qu'ils donnent la vie avec les émotions, les passions, les richesses de leur propre histoire enfantine et de la famille qu'ils construisent ensemble."

Écoutons dormir nos enfants !

DE LEERSNYDER H. *L'enfant et son sommeil. Comment assurer à votre enfant des nuits sans troubles et sans peurs*, Ed. Robert Laffont, 1998, Réponses. ■

La Lettre de la santé et Nutrition & Santé fusionnent

L'union fait la force ?

Vous connaissez sans doute ces deux lettres d'information éditées par Biblo et auxquelles l'asbl Question Santé collabore avec de nombreux experts universitaires.

Dans le marché très encombré des périodiques consacrés à la santé (sans parler des magazines féminins, qui tiennent invariablement sur les régimes alimentaires ou les relations de couple), ces deux publications et leurs petits frères 'Parenthèse santé' et 'Assiette Santé' tranchent par leur rigueur scientifique exempte de tout sensationnalisme et le montant élevé de leur abonnement.

Une approche vulgarisatrice de haut vol comme celle-ci trouve difficilement en Communauté française un public suffisant pour assurer son équilibre financier. Cela explique sans doute le rapprochement qu'on nous annonce aujourd'hui pour nous proposer la 'quintessence de deux lettres d'information'.

Souhaitons pleine réussite à la nouvelle Lettre de la santé !

Renseignements: 0800/12683 (numéro gratuit) ■

Familles pauvres et intervention en réseau

L'action sociale à l'égard de la pauvreté tente, en général, de pallier les difficultés d'ordre économique et administratif de la famille en répondant, le plus souvent, à l'urgence qui caractérise ces situations. L'intervention envisagée est ainsi relativement uniforme puisque le travailleur social a, en définitive, peu d'occasions et de moyens d'examiner d'autres aspects de la réalité des familles.

L'approche longitudinale utilisée dans cette recherche-action a permis d'enquêter sur la dynamique d'interaction entre famille et travailleur social. Ainsi, c'est à travers l'étude des fonctions assumées par les membres du réseau social de la famille, intervenants y compris, que sont mises en évidence certaines dynamiques qui relèvent davantage d'un mécanisme d'adaptation à court terme, destiné à être répété plutôt qu'une stratégie favorisant l'accès à d'autres ressources sociales et institutionnelles. Cet ouvrage présente une grille d'analyse qui peut aider l'intervenant à percevoir certains aspects cachés de la dynamique des familles vivant une situation tantôt précaire, tantôt de grande pauvreté.

Cette recherche-action a été réalisée grâce à l'appui du Fonds Houtman.

BORN M., LIONTI A-M., *Familles pauvres et intervention en réseau*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1996, *Technologie de l'action sociale*, 202 p. ■

Actions autour du petit déjeuner

Nutrition en zones urbaines sensibles

Ce guide a pour objectif d'accompagner une action "Petits déjeuners à l'école". L'ouvrage s'adresse à tous les professionnels médico-sociaux, les enseignants, les bénévoles et autres intervenants qui oeuvrent pour l'amélioration de la santé des populations démunies en zones urbaines sensibles.

Construit en trois parties (Connaître, Réfléchir, Agir), à partir d'une analyse des pratiques, il propose une dé-

marque illustrée sous forme de fiches qui permettront aux promoteurs de dépasser les actions ponctuelles sur le petit déjeuner pour mettre en œuvre de véritables programmes d'éducation pour la santé.

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

Promotion de la santé des adolescents

Le numéro de décembre 97 de *Promotion & Education*, la revue internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, est entièrement consacré à la promotion de la santé des adolescents et des jeunes dans le monde.

Dans l'éditorial, Jean-Pierre Deschamps souligne les similitudes qui apparaissent à la lecture des articles pourtant très différents par leurs approches, leurs méthodes, leurs origines géographiques.

Une première similitude concerne les problèmes rencontrés dans les pays industrialisés et les pays en développement. Ces derniers sont confrontés à des problèmes anciens (comme les maladies infectieuses) mais aussi à des problèmes "nouveaux" très associés aux modes de vie (tels que le tabagisme) et proches de ce que rencontrent les pays industrialisés.

La deuxième similitude est l'importance donnée à la participation des adolescents aux programmes et aux recherches qui les concernent. Ils sont de plus en plus considérés comme acteurs de leur santé et de celle de leur communauté.

La troisième similitude concerne la globalité des approches en promotion de la santé. Les différents travaux présentés dans ce numéro témoignent de la pertinence d'une approche globale s'appuyant sur les axes proposés dans la Charte d'Ottawa.

(Un numéro précieux qui témoigne du dynamisme que peut apporter la promotion de la santé!)

Promotion Education (publication officielle de l'UIPES), décembre 97, Vol.IV/4. ■

Le bras cassé

A moins qu'il ne faille dire la patte, puisque le héros est un petit garçon lapin. Au cours d'un pique-nique, Fabien grimpe dans un arbre, une branche cède sous son poids, et c'est la chute. Vite à l'hôpital où le médecin constate une fracture et met le bras dans le plâtre. Est-ce que cela fait mal ? Comment Fabien va-t-il se débrouiller ?



Cette historiette charmante explique avec des mots d'enfants le déroulement des opérations et les réactions des uns et

des autres. Elle a pour objectif de dramatiser la situation et d'aider les petits blessés à retrouver courage. Question subsidiaire : pourquoi est-ce que ce sont toujours les petits garçons qui grimpent aux arbres ? Et les filles alors ?

A mettre entre les mains des petits à partir de 3 ou 4 ans.

"Le plâtre de Fabien" de Florence Cadier et Monique Gauriau, Ed. Flammarion, Père Castor, 1998. D'autres petits livres dans la même collection mettent en scène des aventures, tendres et drôles, de petits dans leur vie quotidienne. ■

Les généralistes bruxellois et l'euthanasie

Vaste question qui touche à l'éthique de la fin de vie et qui recouvre des problèmes aussi variés que le refus d'un traitement, la participation aux protocoles de recherche, l'acharnement thérapeutique, le droit à l'information, à l'euthanasie et au suicide. La notion de "bonne mort" est une idée qui doit être modulée en fonction de chaque malade et qui, sans être restrictive à une application euthanasique active ou passive, pourrait s'élargir à ce que certains ont convenu d'appeler l'accompagnement du mourant équivalent à la poursuite des soins physiques et psychologiques.

Une enquête menée par l'équipe du CAM (Groupe de Recherche et de Formation) en 1985 à Bruxelles auprès d'un échantillon de 100 médecins généralistes montre que 50% au moins des médecins interrogés ont été confrontés à une demande d'euthanasie provenant du malade et/ou de sa famille.

Une nouvelle étude a été menée en 1997 pour déterminer les attitudes et les pratiques des généralistes bruxellois en rapport avec l'euthanasie négative et positive, de comparer les attitudes exprimées aujourd'hui et celles exprimées en 1985 et de décrire le plus précisément possible la pratique de l'euthanasie active et de l'assistance au suicide.

Qui prend la décision ? Le patient participe-t-il à cette prise de décision ? Qui administre la drogue ? Dans quelles circonstances ? Quelle est l'influence de la pratique religieuse ? Est-ce que l'épuisement des soignants intervient dans la prise de décision d'une euthanasie ? Y a-t-il un changement d'attitude par rapport à l'euthanasie ? Les médecins sont-ils prêts à se former ?

Il a été observé par exemple, que ce sont principalement des médecins hommes, mariés et ayant une pratique supérieure à 10 ans qui pratiquent l'euthanasie.

Mais les résultats sont-ils fiables ? Cette recherche est-elle réalisable dans un pays où l'euthanasie active est prohibée ? Il est difficile de faire une enquête sur le sujet étant donné le contexte législatif actuel.

Plus d'un tiers des médecins ont refusé de rapporter leurs pratiques. Il n'empêche qu'il reste opportun de suivre le plus précisément possible les attitudes sociales et les pratiques actuelles du corps médical par rapport à l'euthanasie.

DELVAUX N., RAZAVI D., FARVACQUES C., *Les médecins généralistes bruxellois et l'euthanasie : attitudes et pratiques en 1997*, *Les Cahiers de la santé de la Commission communautaire française*, n°5, 1998, 104 p.

Disponible auprès de l'Administration de la Commission communautaire française, Service santé, Boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles, tél. 02/542.82.11 et fax 02/542.83.90. ■

Placement en institution

Résultats d'une enquête

Le réseau des médecins vigies a enregistré chaque patient pour lequel un placement définitif en institution (PDI) était devenu nécessaire. Au cours des dix dernières années, le nombre de ces placements a augmenté de façon spectaculaire puisque chaque année, 1% de la population âgée de 60 ans ou plus est placée définitivement dans une institution. Cela fait en tout 82.000 personnes, ce n'est pas rien ! Raison de plus pour s'y attarder.

Qui sont ces personnes âgées ? Quel âge ont-elles ? Quelles sont leurs pathologies ? Quand sont-elles placées ? Qui introduit la demande ? Quelle est la procédure ? Dans quelle structure ? Quels sont les délais d'attente ? Quel est le rôle du médecin généraliste ?

C'est à la plupart de ces questions que l'étude a voulu répondre.

Alors, de plus en plus de personnes âgées en institution ? Oui, et cette évolution va à l'encontre du souhait de la plupart de ces personnes. De plus un placement définitif est souvent accompagné d'un sentiment de culpabilité pour les membres de la famille.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté française, Institut Scientifique de la Santé Publique Louis Pasteur, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles, tél. : 02/642.50.30. ■

Des nuits sans troubles et sans peur

Le sommeil de l'enfant est important, c'est quand il dort qu'il grandit, mûrit, rêve. Chaque fois qu'il s'endort, il expérimente de nouveau les premières séparations, de la naissance à la crèche, des premiers pas à l'école. En dormant, il exprime sa confiance dans la vie, dans le lendemain, dans l'amour des autres. Mais alors que signifie un sommeil perturbé, une nuit pleine de cauchemar ? Le bébé, l'enfant a quelque chose à dire, il faut l'écouter. Les enfants qui consultent pour troubles de sommeil ont par ailleurs un tempérament fort et une solide santé psychique que pourraient leur envier certains enfants trop sages. Ils vont bien.

Entre autres, si la définition de la maladie pouvait être remise aux mains d'experts utilisant des normes "objectives", la définition du bien-être se réfère à des visions subjectives beaucoup plus larges et diversifiées, et à la limite conduit à une définition propre à chacun des individus. De plus, la notion de bien-être évoque l'idée de développement. Il ne s'agit pas que d'un état stable et permanent, mais bien d'un état susceptible d'évolution et d'apprentissage.

Pour les tenants des stratégies de prévention de la maladie visant la modification de comportements, autant que pour les tenants d'une conception de la santé comme état de bien-être, le rapport entre éducation et santé se développe, se précise et se différencie selon les conceptions de l'éducation et de la santé en présence.

Le concept d'empowerment vient alors marquer le développement de l'éducation pour la santé, au début des années quatre-vingt. On peut analyser la place qu'occupe l'empowerment en éducation pour la santé selon une double perspective, la perspective épidémiologique et la perspective d'intervention.

En épidémiologie, des études ont démontré l'existence d'un lien entre l'estime de soi, le sentiment de contrôle des individus, et leur état général de santé ou leur résistance à des maladies spécifiques. Ce lien pourrait bien constituer, même, un facteur de risque d'un autre niveau, un gradient de la santé qui expliquerait les variations d'état de santé entre individus soumis par ailleurs aux mêmes facteurs de risque (voir les travaux du GRAP, à l'université de Montréal).

Mais c'est dans la perspective de l'intervention que le concept d'empowerment a été d'un plus grand apport à l'éducation pour la santé. La question première à laquelle sont confrontés les intervenants en éducation pour la santé et sur laquelle l'empowerment jette un éclairage nouveau, est la suivante :

doit-on chercher à produire chez les individus des changements de comportements spécifiques associés aux facteurs de risques ou à un état de bien-être prédéfini (arrêter de fumer, réduire la consommation de gras, faire de l'activité physique, etc.) ?
ou

doit-on plutôt favoriser le développement, chez l'individu, d'une plus grande maîtrise des conditions déterminant sa propre vie ?

Le concept d'empowerment soulève d'autres questions, même lorsqu'on poursuit comme objectif le développement de la maîtrise de leur vie par les individus.

De quel objectif parlons-nous ? Du développement de comportements de personnes ayant du pouvoir sur leur vie, ou de compétences à la participation, par exemple l'estime de soi, la compréhension critique de l'environnement socio-politique, l'exploitation des ressources individuelles et collectives pour l'action sociale et politique, etc. ? (Kieffer, 1984) La question du choix entre le comportement ou la compétence comme objectif d'intervention est formulée de manière intéressante par Meredith Minkler dans sa distinction entre développement de la "responsability" et développement de la "response-ability".

Au delà du choix des objectifs, il y a le choix des approches d'intervention. A ce niveau, le fait de définir l'empowerment comme processus apporte un éclairage tout à fait neuf. Voyons quelques-unes des définitions de l'empowerment.

L'empowerment a été défini par Rappaport (1981) comme "le mécanisme par lequel les gens, les organisations et les communautés augmentent la maîtrise sur leur vie". Kieffer (1984) parle de "processus de devenir, comme le développement ordonné et progressif d'habilités de participation et de compréhension politique". L'OMS axe sur la maîtrise et le contrôle ; l'empowerment étant "un processus habilitant les gens à accroître leur contrôle sur la santé et à développer leur santé" (cité par Minkler, 1989).

Ce processus de développement ordonné et progressif, Kieffer (1984) le décrit en quatre phases :

- la mobilisation où se construit le sens sur les plans symbolique et émotif ;
- le "mentoring", phase caractérisée par l'interaction avec un mentor ou supportée par les pairs, et où se développe une compréhension critique des rapports sociaux et politiques ;
- l'incorporation, où les sentiments de compétence et de maîtrise amènent

les individus à se considérer comme acteurs et à interagir avec l'environnement socio-politique ;

- l'intégration des habitudes acquises dans l'ensemble de la vie quotidienne.

L'empowerment comme processus a été largement traité dans la littérature relative à l'éducation pour la santé, et plusieurs concepts lui ont été associés. On peut en dégager deux constantes : l'empowerment est lié au rapport que l'individu entretient avec lui-même (self-efficacy, self-concept, estime de soi), et il est lié au rapport qu'il développe avec son environnement, tant en cours de processus qu'en fin de processus.

Quant aux stratégies d'intervention, elles se sont développées en deux courants fort distincts.

Il y a d'une part une approche prescriptive où des comportements sont considérés par des experts comme donnant du pouvoir sur la santé. C'est une approche qui peut solliciter la participation des personnes. Cependant, les individus vont se soumettre en acceptant les demandes qui leur sont adressées et en se "compliant" aux changements attendus, souvent en termes de modification de comportements ou d'habitudes de vie. Selon la littérature, les effets à long terme de cette approche sont peu probants.

D'autre part se développe une approche appropriative où ce sont les individus concernés par le changement qui déterminent par eux-mêmes et pour eux-mêmes leurs propres besoins et qui cherchent à résoudre avec créativité leurs propres problèmes. Dans cette perspective, la participation des acteurs est fondamentale. Elle commence par la définition de ce qui fait problème pour eux. Elle n'est donc pas limitée à la détermination et à l'application des solutions.

C'est en référence aux divers concepts développés au cours des trente dernières années, qui ont transformé les pratiques des intervenants en santé, que nous avons construit nos propres stratégies d'interventions. Il ne faudrait pas conclure cependant de la brève présentation de l'évolution des concepts qui précède, qu'il s'agit d'un mouvement homogène qui aurait entraîné tous les intervenants dans un même sentier. Au contraire, il s'agit

d'un éclatement du monolithisme antérieur qui amène une diversité accrue des visions de la santé et de l'intervention, et oblige davantage chacun à se situer. De même, tous les concepts, tels que "représentation" et "vision du monde", développés dans le domaine de la santé s'inscrivent dans les divers mouvements ayant marqué le développement du savoir.

Nous situons nos référents dans la perspective épistémologique du constructivisme, où se sont développés l'interactionnisme symbolique et l'interaction sociale. Par constructivisme, il faut entendre que la réalité sociale ne préexiste pas à l'observateur mais qu'elle se construit dans la relation.

La réalité sociale est un construit plutôt qu'un donné. Dans cette vision du monde, on s'intéresse avant tout au processus de construction de cette réalité, où les dimensions symbolique et sociale sont privilégiées. Nous avons donc travaillé au développement d'une méthodologie permettant de soutenir l'empowerment par la gestion du changement émergent.

La méthodologie du changement émergent, (voir Schoonbroodt et Gélina, "La prévention par le changement émergent: apprendre à gérer les problèmes!", in *Éducation Santé* 108, juin 1996) favorise la gestion appropriative des transformations personnelles, communautaires et sociales. Dans ce contexte stratégique nous définissons la **gestion appropriative** comme un processus par lequel une personne, un groupe ou une collectivité prend conscience de la diversité de ses représentations, de ses enjeux, de ses ressources et contraintes pour les traduire en prise de décisions sur son devenir.

Une application

La situation de pratique à laquelle nous nous référons ici est celle d'intervenants dans la mise en place et l'évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardio-vasculaires en milieu de travail (Gélina et Vanasse, 1992), plus spécifiquement il s'agit d'une recherche-action utilisant la méthodologie du changement émergent comme stratégie d'intervention.

Le projet de recherche-action a été élaboré et dirigé par deux chercheurs,

Alain Vanasse, médecin à la Direction de la santé publique de Rimouski, et Arthur Gélina, professeur en éducation à l'UQAR. Ce projet s'est développé en collaboration avec une entreprise québécoise comptant plus de 1200 employés. Il s'agit d'une recherche subventionnée par le Programme de Recherche et de Développement en Santé du Ministère de la santé et du bien-être social du Canada. Trois autres chercheurs et des agents de recherche se sont joints aux deux initiateurs, constituant ainsi le GRIES, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Éducation pour la Santé, rattaché à l'UQAR.

Le projet a touché 45 travailleurs volontaires, choisis comme étant porteurs de facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, à partir d'un bassin de population de 428 employés d'une même entreprise.

Voulant développer une stratégie novatrice en matière de prévention et surtout désireux d'évaluer cette nouvelle approche en termes de changements chez les participants, ce projet de recherche s'est caractérisé par l'utilisation de méthodologies multiples de cueillette et de traitement de données, quantitatives et qualitatives, touchant à la fois la dimension bio-médicale (les facteurs de risque traditionnels en santé cardio-vasculaire) et la dimension psycho-sociale (surtout des mesures relatives à la participation et aux apprentissages). Une caractéristique importante de cette recherche-intervention est l'intégration de la perspective bio-médicale orientée vers la prévention des maladies cardio-vasculaires par une réduction des facteurs de risque et de la perspective psycho-sociale orientée vers l'appropriation de leur santé par les individus.

Le concept d'empowerment s'est opérationnalisé par la mise en place d'un processus de gestion appropriative de sa santé pour chaque participant à tous les moments du projet. Ce processus adapté de la méthodologie du changement émergent s'est amorcé par une rencontre avec les dirigeants de l'entreprise, les représentants des syndicats et du service de santé de la compagnie, tous partenaires dans cette démarche.

Après avoir rencontré les différents partenaires considérés par la direction de l'entreprise comme des acteurs significatifs dans le développement du projet, plus de quatre cents travailleurs

ont été identifiés par le service de santé de l'entreprise comme des porteurs de facteurs de risques cardio-vasculaires. Lors d'une rencontre collective regroupant une centaine d'entre eux, les chercheurs, en présence de la direction de l'entreprise, ont présenté le projet comme un programme sans activités prédéfinies. Cependant des activités processurales sont planifiées comme des visites régulières chez le médecin pour des mesures de contrôle, trois entrevues individuelles échelonnées sur les 5 ans avec des agents du projet et la constitution de leur propre programme déterminant leur mode de participation et les types de ressources nécessaires, etc. Les chercheurs ont sollicité une participation volontaire des travailleurs. Bien que plus de soixante-quinze personnes se sont montrées intéressées, quarante-cinq personnes volontaires ont constitué notre population d'intervention.

Tous les participants ont amorcé leur démarche par une rencontre de dépistage des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires suivant un protocole standardisé. Ensuite, chaque travailleur a participé à une entrevue individuelle de type constructiviste avec une agente de projet. C'est une entrevue de recherche de construction de sens autour de trois axes:

- *c'est quoi pour vous la santé ?*
- *vous sentez-vous en santé ?*
- *y-a-t-il des activités que vous voudriez faire pour votre santé ?*

L'analyse des entretiens a permis de faire ressortir la diversité des représentations de la santé portée par les participants. À partir de leurs visions de la santé, des informations sur les maladies cardio-vasculaires et des facteurs de risque qui leur sont associés, et alimentés par les données bio-médicales les concernant, les participants pouvaient décider d'entreprendre ou non des actions identifiées par eux-mêmes et pour eux-mêmes et en fonction de leurs propres enjeux et représentations de la santé.

Ces actions constituent le **programme individuel** de chacun des participants. Ces programmes individuels ont été mis en place avec l'aide de la compagnie pour un certain nombre d'activités (aide financière, souplesse dans l'aménagement de l'horaire, etc.).

Le projet complet s'est étalé sur cinq années au cours desquelles les don-

Légumes: des tonnes de poésie

L'artichaut ? Grognon ! L'aubergine ? Joviale ! Le cerfeuil ? Gracieux !

Les légumes inspirent André Balthazar dans son ouvrage "Linnéaments".

Peut-être pas autant que Linné justement, ce naturaliste suédois qui au 18ème siècle classifia en les décrivant des centaines de plantes et qui donne au titre ses deux premières syllabes. "Linnéaments" est plutôt une manière de rendre un hommage poétique et sensuel à une vingtaine de légumes, de A à Z, ou plutôt d'Ail à Thym (l'ordre alphabétique permet de ne pas faire de jaloux...).

Pour évoquer ces "légumes qui pensent par les racines, avec des intensités de feuilles et de fruits", les papilles ne sont pas seules convoquées. Le toucher, l'odorat, l'ouïe aussi, et la bouche est aussi ce lieu où roulent les noms de légumes ("ail, petit cri qui simule la douleur"). L'œil aigu de l'écrivain invite à la découverte d'un bestiaire inattendu: si les betteraves ont des têtes de taupes, l'artichaut se révèle appartenir à la famille de l'ornithorynque et du chardon, et la courge évoquer le lamentin.

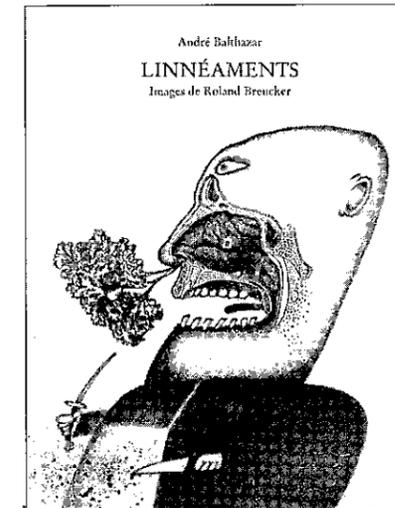
Les images ne sont jamais aussi poétiques que lorsqu'elles surgissent d'un temps passé. Kilomètres de tendresse et de nostalgie. Un souvenir clôt chaque chapitre.

"Mémoire. Dans un carré de jardin, le long des groseilliers noirs (drôles de billés au goût singulièrement poivré, un peu vicieux, qui épargnaient ma gourmandise en attisant je ne sais plus quel frisson), ces lignes de plumes vertes perdaient soudain la tête par la présence d'un papillon immense (jaune et noir), immobiles un rien de temps, avant de narguer l'air qui à l'époque était toujours bleu. Fri-volité.

Il vole en moi comme le plus beau des papillons jamais capturé sous la nasse d'un bérêt ou d'un chapeau de paille. Grandes ailes jaunes, dessinées, bordées, enluminées de noir (vrai cils), plutôt gitanes. Et une légèreté de piroquette sans pieds.

Voltige.

Légèreté sur le tamis du feuillage des carottes. Frémissement. Ombre zigzagante, cahotée, cahotante. Tache sur la transparence. Azur par-dessus. Du jaune pour un peu de vert tendre, par dessous.



Azur d'une enfance qui se réfugie encore parfois dans le souvenir de ces ailes au nom latin.

Mais les carottes sont cuites".

Autant de souvenirs que de légumes et autant de dessins tendrement fantaisistes du complice Roland Breucker.

V.J.

Linnéaments, par André Balthazar, images de Roland Breucker, Editions Le Daily Bul. ■

Handicapés, doublement vulnérables

Les personnes handicapées constituent une population particulièrement vulnérable tant du point de vue de la santé psychologique que physique.

Une prévention est donc primordiale pour éviter des troubles tels les dépressions, la dépendance aux médicaments, les diverses assuétudes, les déséquilibres alimentaires comme la boulimie et l'anorexie, les tendances suicidaires.

Elle aura également pour objectif de modifier la dynamique émotionnelle pour aider la personne à accepter l'in-

acceptable et à favoriser son bien-être global.

Le numéro d'avril du Bulletin d'Éducation du Patient propose aux professionnels des données, des expériences, des témoignages et des réflexions dans le domaine du handicap, issus de l'action éducative, de l'action sociale et de la prévention.

Un survol des concepts, l'importance de l'accompagnement, l'annonce du handicap chez l'enfant, les technologies adaptées, le partenariat entre la personne handicapée, sa famille et les professionnels, la vie affective et sexuelle sont les différents thèmes abordés. Une place est laissée également aux témoignages, au regard du chercheur, à la souffrance des soignants.

L'objectif de ce bulletin est d'inciter à une réflexion et une analyse de la prévention auprès des personnes handicapées en vue d'améliorer la pratique des professionnels de ce secteur.

"La personne handicapée en communication et en relation", dans le Bulletin d'éducation du patient édité par le Centre d'Éducation du Patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne. Tél: 082/61.46.11, fax: 082/61.46.25. ■

Génération ONE

Ce "Journal des professionnels de la petite enfance" a publié un numéro spécial sur la promotion de la santé en Communauté française. Les auteurs y définissent les concepts de santé, de promotion de la santé, de santé communautaire. Ils présentent bien entendu le décret du Gouvernement de la Communauté française pris le 14 juillet 1997.

Surtout, ce numéro de Génération O.N.E. se propose de présenter à ses lecteurs les acteurs, les méthodes, les débats d'idées, les outils d'éducation pour la santé, et l'avenir de cette prévention médico-sociale que mène l'Office de la naissance et de la petite enfance au bénéfice des enfants et des familles de la Communauté française.

La promotion de la santé in Génération ONE n°1, mai 1998.

ONE, Service Communication, avenue de la Toison d'Or, 84/86, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.15.71. ■

La santé dans le monde

L'Organisation mondiale de la santé a publié son Rapport sur la santé dans le monde 1998, "La vie au 21^e siècle – une perspective pour tous". Ce rapport présente, à partir de données recueillies au cours des 50 années d'existence de l'Organisation et combinées à la dernière évaluation de la santé dans le monde conduite par l'OMS, des projections des tendances sanitaires jusqu'en 2025. Il nous offre dans l'ensemble un tableau optimiste pour l'avenir (optimisme de rigueur, lorsqu'on fête son cinquantième anniversaire !). Il note que cinq décennies de développement socio-économique et de progrès considérables dans le domaine de la santé ont bénéficié aux populations de la plupart des pays et que ces améliorations devraient se poursuivre au 21^e siècle, à moins d'une crise économique majeure. La tendance principale qui se dégage aujourd'hui est celle d'une évolution vers une vie plus longue et plus saine.

L'OMS observe ainsi que:

- plus d'individus ont accès à un ensemble minimum de prestations de santé, à de l'eau saine et à des installations d'assainissement. La plupart des enfants du monde sont maintenant vaccinés contre les six grandes maladies de l'enfance. Des progrès spectaculaires ont été faits dans la lutte contre la maladie et la mise au point de vaccins et de médicaments;
- la mortalité des moins de 5 ans a considérablement diminué;
- les écarts restent considérables entre les pays les plus riches et les pays les plus pauvres, mais ils se comblent progressivement, du moins en ce qui concerne les décès prématurés;
- pour les pays en développement, la bonne nouvelle est que d'ici à 2025, des maladies infectieuses comme la poliomyélite, la lèpre, la dracunculose, la filariose et l'hépatite B auront été éliminées ou ramenées à des taux très bas;
- dans le monde industrialisé, où le vieillissement de la population est une préoccupation majeure, une di-

minution des incapacités liées aux cardiopathies et à certains cancers chez les personnes âgées est déjà perceptible dans plusieurs pays, en partie grâce à des programmes de prévention et d'éducation et aux progrès de la médecine;

- la perspective de vivre longtemps en bonne santé devient une réalité pour un plus grand nombre de personnes que jamais auparavant. Les gens vivent non seulement plus âgés, mais la recherche montre que dans certains pays, ils vivent aussi en meilleure santé, les taux d'incapacité diminuant à mesure qu'augmente l'espérance de vie.

Malheureusement, ces progrès sont loin d'être universels. Le Rapport insiste sur le fait que "la communauté internationale doit se préoccuper avant tout de la situation critique de ceux qui risquent le plus d'être les laissés-pour-compte de cette marche triomphante vers le progrès".

Du point de vue de la situation sanitaire, certaines des inégalités entre les riches et les pauvres sont au moins aussi flagrantes qu'il y a un demi-siècle, et elles se creusent encore. Si, dans la plupart des pays, les gens vivent plus longtemps, l'espérance de vie diminue en fait dans certains, dont beaucoup de pays africains.

D'après le rapport, la forte mortalité des adultes de moins de 50 ans dans les pays en développement est particulièrement grave puisqu'elle touche des populations laborieuses sur lesquelles comptent les pays pauvres pour échapper à la pauvreté...!

Le Rapport sur la santé dans le monde 1998 est disponible au prix de 17 francs suisses auprès de l'Organisation mondiale de la santé, Communication pour la santé et relations publiques, Thomson Prentice, Genève, Suisse, tél. (41-22) 791 4224, fax (41-22) 791 4870, e-mail : prentice@who.ch

En Belgique, vous pouvez également contacter RESODOC UCL, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.50.37, fax 02/764.50.74, e-mail : Bertrand@reso.ucl.ac.be

Tous les communiqués de presse, aide-mémoire et OMS information peuvent être obtenus sur Internet à la page d'accueil <http://www.who.ch/> ■

Tableau de bord en promotion de la santé

Il s'agit d'un système de pilotage, visant à aider la décision en santé publique, en particulier dans le cadre des compétences de la Communauté française de Belgique.

Il est composé de 117 objectifs d'action, d'indicateurs de suivi (avec indication des tendances), de valeurs cibles et, dans de nombreux cas, d'une distribution géographique par arrondissement.

Il est organisé par problèmes de santé, groupes cibles et services de santé, comme suit:

- les problèmes de santé: cardio-vasculaire, cancers, accidents, maladies chroniques, santé mentale et assuétudes, maladies infectieuses, maladies respiratoires, santé bucco-dentaire et bien-être social;
- des groupes cibles: petite enfance, jeunes, personnes âgées;
- des services de santé: vaccinations, éducation à la santé, dépistage et protection de la santé.

Le tout est illustré par de nombreuses figures et cartes.

Grâce à une analyse critique des tentatives analogues à l'étranger, les auteurs discutent des types d'objectifs et de leurs conditions de qualité.

Un tableau de synthèse permet d'obtenir une vue panoramique des résultats de ce travail.

Nous vous avons présenté ce tableau de bord dans le numéro 127 d'Éducation Santé. Il est maintenant disponible dans son intégralité.

Lorant V., De Clercq E. et Deliège D., "Tableau de bord en promotion de la santé", UCL SESA, 1997, 690 FB.

Pour le commander, vous pouvez vous adresser au Service de socio-économie de la santé, ESP – UCL, Clos Chapelle aux Champs, 30 bte 41, 1200 Bruxelles, Tél.02/764.30.97 et Fax 02/764.30.31. ■

nées ont été systématiquement recueillies et traitées. L'engagement formel des individus à la réalisation de leur programme personnel d'activités s'est poursuivi sur 18 mois, certains travailleurs ont sollicité de poursuivre leur programme d'activités pendant six autres mois. Cependant, depuis la fin de cette période des 18 mois, les activités ont pu se poursuivre sans être formalisées dans le cadre du projet. C'est lors des rencontres individuelles avec l'agente de projet (de type récit de vie) que le participant nommait ce qu'il estimait faire partie de son programme d'activités de prévention de sa santé.

Cinq principes d'action ont guidé les chercheurs dans la mise en place du projet en ce qui a trait à la dimension participation.

- **Faire en sorte que l'action des participants repose sur leurs représentations individuelles et collectives de la santé. Le point de départ de la démarche d'élaboration est donc l'explicitation de sa propre vision de la santé** à l'occasion d'une entrevue avec une agente de recherche. Des rencontres de groupe avec les chercheurs ont également été l'occasion de recevoir de l'information sur le projet, sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risque, et d'échanger entre eux sur leur vision de la santé et du projet, et sur leurs intentions d'action.

- **Soutenir un recadrage dans une perspective collective.** Ce recadrage a surtout été facilité par les interactions entre les participants, à l'occasion des rencontres du groupe, et par la mise en place, par les participants eux-mêmes, de projets collectifs d'information, d'échange ou d'activités de groupe ou en groupe. Ainsi se sont constitués un groupe de fumeurs et un groupe de sports. Ils ont organisé des activités de type diner conférence où des ressources particulières étaient invitées.

- **Soutenir l'idée de gestion appropriative.** La décision de participer au projet a été une décision individuelle prise dans le contexte propre à chacun (identification des facteurs de risque, intérêt pour le projet, anticipation des bénéfices, objectifs personnels, disponibilités, etc.). (Un questionnaire portant sur la motivation à participer au projet et sur

les bénéfices attendus a été rempli par chacun en début de projet.

- **L'élaboration d'un programme personnel d'activités est une opération individuelle supportée par les interactions avec les autres participants.** Il ne s'agissait pas de choisir parmi un ensemble d'activités proposées par les intervenants, ni de s'inscrire à des activités organisées par l'employeur. Les participants avaient eux-mêmes à identifier les activités qu'ils souhaitaient réaliser, à identifier les ressources nécessaires et disponibles, et à mettre en oeuvre leur plan d'action personnel. (Un journal de bord personnel était proposé aux participants comme support à la réalisation de leur programme d'activités.

- **Se donner, comme intervenants, un rôle de soutien et s'en tenir à ce rôle tout au long du processus.** Il s'agissait surtout d'amener les participants à tirer de leur expérience de la vie leur propre expertise en ce qui a trait à leurs besoins et aux moyens d'y répondre. En bout de course, ils ont eu eux-mêmes à évaluer leur programme personnel, les difficultés rencontrées, les démarches effectuées, les succès et les bénéfices perçus, à l'occasion d'une entrevue avec l'agent de recherche.

A la fin des cinq années, les participants sont rencontrés en entrevue, pour expliciter (pour eux et pour nous) les apprentissages qu'ils ont réalisés au cours du projet et les transferts qu'ils ont pu réaliser dans leur vie quotidienne depuis la fin de leur programme formalisé d'activités.

L'ensemble des données bio-médicales et psycho-sociales ont été analysées au cours de l'année 1994-1995. Le concept d'empowerment a été au coeur de certaines analyses, notamment celles sur les stratégies de prise en main développées par les participants.

Nous pouvons dégager que les résultats des relevés bio-médicaux sont positifs en ce qui a trait à la réduction des facteurs de risque. Quant aux données psycho-sociales, elles font ressortir l'importance accordée par les participants au caractère participatif du projet, et l'influence des interactions sociales et du support du groupe sur le maintien de la motivation chez un bon nombre de participants. Des études intra-cas et inter-cas nous ont permis

une analyse plus poussée de l'ensemble de la démarche et de ses effets. Nous avons, à partir de la masse des données recueillies, tenté de répondre aux quatre questions de recherche suivantes⁽³⁾ :

- Est-ce qu'une stratégie participative d'un programme en milieu de travail peut modifier de façon significative et à long terme le profil de risques cardio-vasculaires d'individus identifiés à risque?
- Quelles sont les représentations de la santé véhiculées par les travailleurs?
- Comment s'actualise l'engagement des participants dans le cadre d'une démarche participative?
- Comment un tel programme s'intègre-t-il dans un milieu de travail?

Discussion

Le rapport éducation et santé est complexe. D'une part il ne peut s'articuler que dans des représentations spécifiques de la santé et de l'éducation pour en saisir toute la dynamique. Il y aurait lieu de broser un tableau de l'ensemble des conceptions de l'éducation et de leur évolution, comme nous avons tenté de le faire brièvement pour les conceptions de la santé. D'autre part, la compréhension de cette dynamique réfère à d'autres disciplines ou champs de connaissance, telles que la psychologie, la sociologie, la systémique, l'organisation et la gestion. L'éclatement des cadres de référence est une évidence. Plus encore que de parler d'interdisciplinarité, nous pensons que l'éducation pour la santé dans une perspective d'empowerment interpelle la transdisciplinarité. De ce point de vue, les outils conceptuels et méthodologiques sont à développer.

Le concept d'empowerment pourrait-il constituer un de ces outils? Ce que nous constatons, pour le moins, c'est qu'il n'y a pas que le monde de l'éducation pour la santé qui s'y intéresse. Ce que nous pouvons anticiper, c'est la

(3) *Pour en savoir plus sur les résultats de la recherche voir Gélinas, A., Schoonbroodt, C., Fortin, R., Vanasse, A., (1997) L'éducation pour la santé: vers une gestion appropriative de la santé, dans Féger, R. (Ed.) L'éducation face aux nouveaux défis, Actes du 4^{ème} congrès des sciences de l'éducation de langue française du Canada, Editions Nouvelles, Montréal, 401-409.*

puissance heuristique de ce concept. Il peut nous amener à développer d'autres outils conceptuels qui nous feront avancer dans ce sens. Mais toute l'originalité est dans la capacité de faire de la médiation de pertinence entre plusieurs disciplines et des transferts opérationnels; ce qui n'est pas réductible à l'ajout de nouveaux concepts prometteurs; encore faut-il en estimer leur pertinence sociale.

Plus spécifiquement, nous pouvons imaginer que l'association d'une vision holistique de la santé définie comme état de bien-être susceptible de développement, à une vision de l'éducation comme processus de gestion appropriative de son propre devenir, nous amènera à renouveler nos pratiques d'intervention de manière sensible et possiblement novatrice.

En ce qui a trait au projet d'intervention présenté ici, nous pouvons soulever un certain nombre de problèmes plus spécifiques. L'appropriation de son devenir, pour un individu, en ce qui a trait à sa santé, se pose en termes de pouvoir, à la fois dans le contexte plus immédiat du travail, de la famille et de la communauté d'appartenance, et dans le contexte d'une culture qui attribue à des experts le pouvoir sur la santé et sur l'éducation.

Ainsi, le citoyen en devenir est-il confronté, dès le départ, à la reconnaissance de sa propre expertise issue de son expérience de lui-même et de la vie, reconnaissance par lui-même, et reconnaissance par les autres, et reconnaissance par ceux qui ont jusqu'ici monopolisé l'expertise.

Dans les institutions et organisations, il n'est pas non plus aisé pour des intervenants de nager à contre-courant sans développer des habiletés d'analyste stratégique, intégrées à une expertise sanitaire ou éducative. Actuellement, au-delà des discours favorables à l'empowerment, le développement réel sur le terrain relève encore de prouesses et de défis. Quels sont les intervenants qui n'ont pas encore aujourd'hui à justifier le bien fondé de ce type de démarche auprès de leur patron, ou encore pour les chercheurs auprès des pairs qui ont un rôle d'évaluation en vue de distribuer les subventions de recherche ?

Au-delà du développement d'un sentiment de pouvoir qu'un individu peut développer dans une démarche appropriative de son expertise, se pose

pour lui le défi de rendre ce pouvoir effectif, dans des relations concrètes avec les spécialistes de la santé et de l'éducation. Sans une transformation profonde de la vision de ce rapport de pouvoir chez les intervenants, la mission peut s'avérer impossible pour les plus démunis en pouvoir de la société.

Dans cette perspective, nous croyons qu'il serait peut-être utile de considérer l'absence de pouvoir comme facteur de risque, au même titre que les autres facteurs. Mieux, il serait utile de reconnaître le sentiment de pouvoir et le pouvoir effectif comme un élément clé dans la manière dont un individu peut agir sur la réduction des autres facteurs.

Mais pour comprendre l'engagement d'une personne dans une démarche d'élargissement de sa zone de pouvoir, il faut tenter de mettre en lumière les enjeux véritables qui la mobilisent et donnent sens à son action. *La conscience de la présence de facteurs de risque constitue-t-elle une donnée suffisante pour que la réduction du risque représente un enjeu important pour une personne donnée?* Nous pouvons déjà signaler que les enjeux mobilisant les participants au projet ne sont pas nécessairement liés à la réduction des facteurs de risque.

Il s'agit, pour certains, d'enjeux relatifs à leur état général de santé et de bien-être, sans référence à un facteur de risque particulier. Pour d'autres, les enjeux sont d'ordre social ou professionnel, comme l'appartenance à un groupe ou à l'environnement familial, ou la performance au travail. Nous sommes particulièrement attentifs à la recherche de ces enjeux et à leur association aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires lorsque nous voulons intervenir en empowerment.

Quant à l'apprentissage du pouvoir sur son devenir, l'accent a peut-être été trop souvent mis par les intervenants sur les processus individuels d'apprentissage sans tenir compte de l'environnement social. Voir ce contexte social uniquement comme une ressource ou une contrainte à l'apprentissage, constitue en soi une limite à l'intervention éducative. Si nous considérons plutôt l'interaction sociale comme un élément essentiel du processus d'apprentissage (apprentissage social, socio-cognitivisme, constructivisme social), nos interventions éducatives doivent se concentrer sur l'individu qui apprend dans le

groupe, la communauté, et l'organisation qui apprennent.

En ce sens, nous croyons que l'intervention en santé communautaire peut constituer une stratégie favorable à l'émergence de l'empowerment collectif et individuel en santé. Et si ce type de stratégie est supporté par ailleurs par des intervenants pouvant identifier des facteurs de risque et des intervenants pouvant apporter des soins curatifs le cas échéant, nous aurons sans doute activé un certain nombre de forces facilitantes pour le développement du bien-être chez un plus grand nombre de citoyens.

Régent Fortin, Arthur Gélinas, Colette Schoonbroodt, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Éducation pour la Santé, Université du Québec à Rimouski

Bibliographie

GÉLINAS, A., SCHOONBROODT, C., FORTIN, R., VANASSE, A., (1997) L'éducation pour la santé : vers une gestion appropriative de la santé, dans Féger, R. (Ed.) L'éducation face aux nouveaux défis, Actes du 4ème congrès des sciences de l'éducation de langue française du Canada, Editions Nouvelles, Montréal, 401-409.

GÉLINAS, Arthur, VANASSE, Alain, (1992). Évaluation d'un programme participatif de prévention des maladies cardiovasculaires en milieu de travail. Rapport intérimaire. Ottawa, PNRDS.

KIEFFER, Charles H. (1984). Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. In J. Rappaport, C. Swift, R. Hess (Eds), *Studies in Empowerment: Steps toward understanding and action*. New York, Haworth.

MINER, Kimberly J., WARD, Susan E. (1992). Ecological Health Promotion: The Promise of Empowerment Education. *Journal of Health Education*, nov. dec. 1992

MINKLER, Meredith (1989). Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Health Education Quarterly*, vol. 16, p. 17-30, Spring 1989.

RAPPAPORT, Julian (1981). In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention. *American Journal of Community Psychology*, vol. 9, no 6, December 1981.

SCHOONBROODT, Colette, et GÉLINAS, Arthur. (1996). La prévention par le changement émergent: apprendre à gérer les problèmes !. *Éducation santé*, no 108, p.3-9. Bruxelles.

SWIFT, Carolyn (1984). Foreword, *Empowerment: An Antidote for Folly*. In J. Rappaport, C. Swift, R. Hess (Eds), *Studies in Empowerment: Steps toward understanding and action*. New York, Haworth.

Parler du sida et de la tolérance à des enfants de 10 ans

Une animation, d'une heure environ, a été proposée à deux classes de 4^e primaire de l'Athénée Royal d'Arlon par le centre PMS de la Communauté française.

Un support d'animation

Un petit film "Parler du sida aux enfants" a servi de support pour l'animation. Cette cassette vidéo a été réalisée par l'Agence de prévention du sida en collaboration avec l'asbl Caméra Enfants admis. Les enfants d'une classe de 4^e primaire ont imaginé une histoire qui met en scène des enfants de leur âge confrontés à la réalité du sida. Sous forme de dessin animé, de petits jeux de rôles; cette vidéo relate leurs peurs, leurs croyances, leurs inquiétudes quant à l'intégration des enfants séropositif et leur envie de les aider.

Comment s'est passée l'animation à l'Athénée Royal d'Arlon ?

L'animation s'est déroulée en plusieurs étapes.

La première consistait en la présentation du dessin animé (tiré du support "Parler du sida aux enfants") suivi d'un échange sur la définition du sida, sur ses modes de transmission, et sur l'avenir de l'enfant séropositif.

La seconde étape présentait des jeux de rôles dans lesquels les enfants peuvent s'identifier facilement (même âge, même classe, même langage,...). Ces saynètes imaginées par les enfants et suivies d'un échange de questions/réponses, portaient sur l'intégration d'un enfant séropositif dans une école et sur les comportements pouvant l'aider à surmonter sa maladie.

La troisième étape permettait aux enfants d'entrer dans la réalisation technique du film (dialogue, décor, bruitage et musique). Il est important de montrer que ce film est un message d'enfants lancé à d'autres enfants.

Pour la quatrième étape, une autre cassette a été utilisée: "Scénarios contre un virus" (de l'Agence de prévention du sida). Elle replongeait les enfants dans la problématique de l'exclusion d'un enfant séropositif dans son milieu de vie scolaire.



PHOTO: ZAFAR

L'enseignant participe à l'animation pour maintenir une certaine discipline bien sûr, mais surtout pour écouter ce que les enfants expriment, pour répondre à d'autres questions si les enfants en reparlent en classe, et pour pouvoir débattre ultérieurement des différents problèmes liés au sida.

Comment et pourquoi parler de sida et de tolérance à des enfants de cet âge ?

Pour répondre aux nombreuses questions que les enfants peuvent poser, il est important de se sentir à l'aise avec le thème du sida. Il est important également que l'animateur ne réponde pas directement, ni personnellement aux questions mais qu'il fasse d'abord réfléchir toute la classe sur la question posée. Peut-être un des enfants pourra-t-il répondre ?

Il peut être intéressant de demander à un enfant s'il imagine la réponse, s'il possède des éléments de réponse ou encore pourquoi il veut savoir telle ou telle chose. Partir de ce que savent les enfants permet d'évaluer leur degré de connaissances, ce qui les intéresse

réellement, d'enregistrer leurs propos afin d'utiliser un vocabulaire adapté et compréhensible.

Cette expérience présente certains avantages dont celui de commencer à sensibiliser les enfants à la problématique du sida et de créer des mécanismes de prévention qui seront mis à profit plus tard. Un autre avantage est de continuer à parler du sida et des risques qu'on court si on ne se prému-nit pas. N'oublions pas que le sida continue d'exister et qu'il est nécessaire de continuer à faire de la prévention ! Cette animation réalisée sous forme de débat permet aux enfants de trouver eux-mêmes des solutions, ce qui les gratifie d'une part, et leur permet de davantage intégrer les données adaptées à leur âge.

Et finalement, il est plus facile de parler sereinement d'un problème lorsque l'on n'y est pas encore directement confronté.

Michèle Demeuse (infirmière) et Maurice Lamy (psychologue) du Centre PMS de la Communauté française d'Arlon, Rachel Annet du CLPS Luxembourg.

A l'instar de la police et des parquets, beaucoup d'adultes pensent probablement que cette pratique répressive aura un effet dissuasif, ce qui est loin d'être le cas.

Effets d'une circulaire

Remarquons-nous des différences dans les demandes des usagers suite à l'application de la circulaire du Ministre De Clerck ?

On sait que cette circulaire du 17 avril 1998 vise essentiellement à offrir des possibilités d'éteindre l'action publique envers un simple usager de cannabis.

Malheureusement, selon cette circulaire, la force publique (la police) devra décider si la consommation n'est pas problématique. "Les indices révélateurs d'une consommation problématique sont notamment la persistance d'un usage régulier, la dépendance, l'accoutumance, l'intégration socio-économique déficiente ou les situations de crise."

Signalons que l'accoutumance, selon la définition de l'OMS est définie comme un état résultant de la consommation répétée d'une drogue qui procure un sentiment de satisfaction ou évite le malaise. L'accoutumé ne présente pas de troubles physiques ou sociaux.

Quelqu'un qui boit de temps en temps du vin parce qu'il en apprécie le goût est accoutumé à l'alcool.

Les autres paramètres de la circulaire sont du même ordre (périodicité de "l'usage régulier" non-précisée, notion de dépendance non-définie, intégration déficiente non-définie, etc.).

Nos craintes sont de voir rapidement se répandre les tests d'urine pratiqués dans les commissariats. En effet, comment évaluer un usage régulier, une dépendance ou une accoutumance sinon par ces fameuses prises d'urines ?

Nos inquiétudes pour le futur (il est encore trop tôt à l'heure actuelle pour constater une évolution) sont que ce nouveau mode de harcèlement (de "lutte contre la drogue" comme disent les polices) s'amplifie au prorata de l'application de la circulaire De Clerck.

Ces pratiques produisent plusieurs effets:

- une augmentation de l'anxiété qui pousse certaines personnes à passer à d'autres substances plus lourdes (alcool, médicaments, par exemple) et à les consommer de façon compulsive, alors que leur consommation de cannabis était peu fréquente ;

Une ville qui ne manque pas d'air !

La campagne "Planète air" organisée par la Ville d'Angers du 20 mai au 20 juin dernier a relancé l'actualité sur la qualité de l'air. Des débats sur l'environnement, la santé, des animations et des expositions ont pris place dans la cité angevine.

Une exposition intitulée "Courants d'air", coproduite par le Service Environnement-Santé publique, la Maison de l'environnement et le Service Conception-Expositions de la ville a ouvert la campagne.

L'ensemble des manifestations se sont orientées sur trois axes: le scientifique, l'informatif et le ludique, le festif.

L'axe scientifique s'est divisé en plusieurs activités: diffusions de film sur l'environnement, conférences-débats sur les thèmes de "Grandir sans tabac", "la qualité de l'air et de la santé" ou en-



core "l'air dans l'habitat" (pollution créée par les activités domestiques, risques toxiques liés aux activités de bricolage et allergies), animés par des médecins spécialistes des maladies respiratoires ou des épidémiologistes.

L'axe informatif et ludique s'est trouvé dans des expositions intitulées "Cerfs-volants du monde", "Regards d'enfants" ou "Pollutions atmosphériques". Des animations ont été proposées sur l'énergie éolienne et les bio-indica-

- une rancœur grandissante à l'égard de la justice et de la police due à l'incompréhension et à un sentiment d'injustice;
- un recul du sens des responsabilités et une agressivité à l'égard de la société engendrant un processus de désocialisation;
- de surcroît, le refus de se soumettre et donc la résolution de poursuivre la consommation illégale une fois les choses clamées.

Nous constatons que beaucoup de consommateurs ne rencontrent pas de problèmes majeurs dans leur usage de cannabis. Dès lors nous sommes convaincus que les poursuivre est inutile et contre-productif.

Par contre, nous observons que la technique du harcèlement policier par ce biais crée de l'anxiété et provoque l'anarchie dans des consommations jusque-là bien gérées et intégrées.

Suite à ces constatations, il apparaît clairement que ces mesures policières ne peuvent être considérées, comme certains le sous-entendent, comme des actions de prévention socio-sanitaires voire de promotion de la santé.

P. Bastin et A. Boucher, Infor-Drogues

Pour en savoir plus, Infor-Drogues, rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/227.52.52. ■

teurs. L'association des Petits Débrouillards a apporté aux plus jeunes sa connaissance du milieu naturel.

Quant à l'axe festif, il s'est concrétisé avec Festivalant, un week-end de démonstrations des techniques de fabrication et de vol des cerfs-volants, ainsi qu'avec un spectacle théâtral, "L'homme qui plantait des arbres" de Jean Giono, une adaptation de la Compagnie du Levant.

La ville d'Angers a voulu, par ces manifestations, illustrer l'affirmation de l'OMS: "penser globalement, agir localement" et montrer la place qu'une collectivité locale peut tenir dans une politique à l'échelle planétaire.

Pour tout renseignement: Service Environnement Santé Publique, rue des Ursules 2 bis, F-49035 Angers cedex 01, tél. 02.41.05.40.00. ■

Les Midis à l'école, ou le Festin de Laurette (1)

A toutes et à tous concernés par ce lieu-dit "école" c'est-à-dire nous tous: soit parce qu'on se rappelle les bancs, les profs, les copains ou les odeurs et les bruits, soit parce qu'on y entre par la grande porte tous les jours pour gagner son pain, soit parce que nos enfants y apprennent à lire, écrire et compter (entre autres), soit parce qu'on milite pour une école qui se renouvelle, s'adapte, s'ouvre au social, accueille, vit, concerta, explique, s'organise, éduque et promeut la santé et le mieux-vivre des enfants, des adultes pour un futur meilleur et sans exclus !

On pourrait allonger cette liste tant la diversité des motivations, des rôles, des situations, des projets, est impressionnante ! Il y a en Communauté française près de 2.300 écoles maternelles et primaires: autant de réalités distinctes qui, suivant le critère de classement adopté, feraient autant de groupements distincts.

Difficile dans ces circonstances de parler de "l'école", difficile de généraliser. Difficile, en tant qu'acteur en promotion de la santé, d'élaborer des stratégies standard...

Rappelez-vous, le projet "Les midis à l'école" a été lancé en septembre 96 à l'initiative de Laurette Onkelinx (ayant entre autres dans ses compétences ministérielles à la fois la promotion de la santé, l'enfance et l'éducation) dans le but de mettre en route des petits et des grands changements pour améliorer ce moment essentiel dans la journée des élèves. Une cinquantaine d'écoles maternelles et primaires des différents réseaux d'enseignement (voir articles précédents dans les numéros 112 et 118) se sont inscrites pour la première année de lancement. Pour l'année 97-98, près de 30 nouvelles écoles souscrivent à l'idée de faire quelque chose pour que les moments de repas et de récréation des enfants sur le temps de midi soient de vrais moments d'accueil de qualité, de vrais moments de détente et de santé pour les enfants.

A l'écran ou dans la salle...

Souscrire à l'idée "En route pour des midis à l'école plus agréables", c'est bien le point de départ qui devrait motiver les écoles à mettre en place, petit à petit, un projet d'amélioration des repas

et des récréations de midi; et c'est là que les choses se compliquent ! C'est là que le film peut parfois se dérouler à l'envers, les bobines peuvent tourner fou ou encore, les séquences ont été montées dans le désordre... Eh bien quoi, penserez-vous, où est passé l'opérateur ?

Personne cependant n'a le culot de demander le remboursement de son ticket parce qu'enfin, l'entrée ne coûtait rien: elle résultait du libre choix d'adultes de l'intérieur de l'école - convaincus par "le programme" peut-être ou téméraires de nature.

Plus osé encore, ce sont des adultes de l'extérieur de l'école (les parents) qui se sont assis dans la salle avec le programme en main. Très rarement, ce sont les partenaires IMS ou PMS, partenaires officiels de l'école qui ont franchi le pas.

Comme dans toute stratégie de diffusion, on se demande alors si les affiches étaient placées à des endroits stratégiques, lisibles, accrocheuses, etc. Pourtant d'autres partenaires "santé" ou éducatifs se sont manifestés.

C'est donc "l'idée" qui fait fuir ou rester... Voyons de plus près ces idées qui secouent quelque peu la routine de l'institution "école" et j'insiste sur le mot "institution" parce que le passage de la grille ou de la porte d'entrée d'une école crée un phénomène curieux sur les individus (enfants comme adultes) qui sont "autres" et agissent en fonction de modèles de référence - et parfois avec des philosophies d'action et de pensée - différents de ceux de leur monde familial ou privé.

Ce programme (*aïe, aïe, aïe ! ce mot va encore créer des confusions avec le vocabulaire scolaire*) de promotion de la santé propose une démarche à s'approprier par chacun des "acteurs": effectivement, il ne propose pas une nouvelle astuce au goût de marketing pour équiper l'école de matériel de sport; il ne fournit pas non plus un "guide de recettes" (même si le thème des repas de midi est forcément proche!) ou une check-list de ce qui est "bon ou mauvais"; il ne propose pas non plus un plan détaillé des actions à entreprendre pour améliorer les "midis à l'école" avec un début et une fin (remise des prix en plus pour faire "médi-

tique"), un kit projet "clef sur porte", avec en prime la pochette d'outils pour partir à l'aventure pour une école "quelque chose"...

Non, il n'offre pas de petites boîtes pour enfermer la vie à l'école et ensuite l'éteindre, la classer, la mettre sous verre comme des papillons exotiques d'un genre nouveau.

Bien au contraire, ce programme propose aux acteurs de s'approprier leur réalité scolaire d'une manière active, collective pour la faire vivre pour le bien et la santé, le mieux-être de tous.

Dur, dur... ce mode d'action !

Pour être moins allégorique, il est clair que proposer, en guise de projet, une démarche, un sens (!) plutôt qu'une succession d'actions et de gestes à poser en suivant le mode d'emploi, est sans doute moins confortable qu'un fauteuil de première ! Tout le monde ne se sent pas "aventurier" surtout en terrain moins connu comme celui de la promotion de la santé, et c'est encore plus vrai au moment où on progresse avec de nouveaux repères (voir le décret "missions") pour des écoles où se conjuguent citoyenneté, émancipation sociale et réussite scolaire.

Si la complexité et la multiplicité des situations caractérisent le côté "école" du programme "En route pour des midis à l'école plus agréables", il en va de même pour les interventions de l'équipe de coordination du projet qui, chaque jour, remet en question les stratégies mises en place pour répondre aux besoins des classes et des adultes qui ont eu le courage, l'envie de se lancer dans l'entreprise.

Les stratégies doivent nécessairement s'affiner de manière permanente: les nécessités d'accompagnement et de soutien pour améliorer les temps de midi des élèves, ne sont, de fait, pas les mêmes qu'il s'agisse d'écoles, de classes, de parents, d'enseignants, de directeurs, de P.O, de surveillants, de celles et ceux qui assurent la restauration scolaire ou encore d'associations ou de tierces personnes, partenaires

(1) Les cinéphiles auront fait le rapprochement avec le chef d'œuvre de cinéma "gastronomique" qu'était "Le festin de Babette", de Gabriel Axel (le titre est de la rédaction !).

potentiels pour atteindre les objectifs de changement.

Du côté noir du tableau

Pour l'année scolaire 97-98, le projet "Les midis à l'école" a été rebaptisé "En route pour des midis à l'école plus agréables" pour ne pas faire fuir certains enseignants, ardents défenseurs du caractère "extrascolaire" de ce temps de midi qui les libère - pour la plupart - de charges éducatives, pour pouvoir reprendre sereinement leur classe l'après-midi.

Les conditions d'accueil et d'encadrement sur le temps de midi nécessiteraient bien les efforts de tous... et cela, plus d'un adulte concerné l'a compris et beaucoup se dépensent sans compter pour améliorer les midis à l'école que ce soit "côté cour" ou "côté cantine" (cf. à ce propos M. Gayda, Le Ligeur, n° 16, 22 avril 98).

Suivant que l'on regarde le côté "noir-je broie" du tableau ou son côté "vert-j'espère", voyons de plus près, à quoi ressemblent ces enfants, ces classes qui vivent à l'école sur le temps de midi, c'est-à-dire ce moment où les élèves ont le droit de n'être que des enfants qui mangent et qui jouent pendant une heure ou deux.

Sont-ils bourrés de sodas et autres sucreries (vendus par l'école au profit d'équipements sportifs futurs ?), les exerce-t-on à devenir de parfaits consommateurs de fast food en satisfaisant aux hit-parades des menus scolaires du genre "potage tomate, spaghetti, mousse au chocolat" ou "boulettes, frites, sauce, glace" ? ou leur donne-t-on l'occasion de savourer des plats d'ici et d'ailleurs, d'en connaître l'histoire, d'expérimenter les secrets de fabrication, de décoration de l'assiette, ou encore d'exercer leurs goûts et leur curiosité aux plaisirs de la table, du repas et de l'alimentation équilibrée ?

Sont-ils insatisfaits, mécontents, amers parce qu'ils n'ont pas le loisir de choisir leurs jeux, leur mode de détente ? Ou reviennent-ils détendus de ces temps de midi à l'école, parce qu'ils ont pu "souffler" que ce soit dehors ou à l'intérieur, suivant le temps, en lisant, en faisant du sport, en fabriquant, en rêvant, en dansant, en explorant...

Sont-ils déçus, survoltés, fatigués après avoir mangé en vitesse, en silence, sur des grandes tables, nues, froides, alignées dans un réfectoire gris de préfé-

rence, aux murs unis, dans un sous-sol sans lumière du jour; ou, autre cas de figure, après avoir mangé sur leur banc, dans la même classe, l'un derrière l'autre "parce qu'il n'y a pas d'espace prévu" ou "parce qu'il y a trop d'enfants qui restent à midi" ?

Ou bien alors ont-ils pu déguster un menu alléchant de couleurs et de saveurs sur des petites tables disposées "comme dans un restaurant" dans un espace qu'ils ont aménagé de leurs mains et avec leur créativité ? Un espace où, avec les adultes qui les surveillent ou les servent, ils ont pu créer l'ambiance du repas, du pique-nique et un climat solidaire entre petits et grands, respectueux entre adultes et enfants ?

Après ce temps de midi, sont-ils écorchés, à vif, dans leur cœur et leur esprit, si pas dans leur corps, par les bagarres ou les mots de la cour de récréation ? Ou ont-ils pu trouver une bulle de silence, de la musique pour se calmer, se relaxer, "requinqués" par la chaleur de l'amitié du groupe après s'être retrouvé avec des copains, après s'être défoulé, avoir papoté tout son saoul ou en découvrant le plaisir de jeux collectifs où tout le monde gagne ?

Sont-ils, après cette heure et demie encadrée par des adultes, blessés dans leur orgueil de "petite personne" qui se construit une identité et veut grandir, ou encore humiliés par les réprimandes à "grosse voix", les contrôles de boîtes à tartines "tu dois tout manger sinon..." ? Ou sont-ils épanouis par ces moments de convivialité, de saveurs, de libertés, de retrouvailles, que sont le repas et la récréation ?

Sont-ils sourds et muets aux énoncés de consignes, de règlements incompris, rédigés "on ne sait plus bien quand, par on ne sait plus bien qui", sans demander l'avis de personne... règles calquées sur des logiques d'adultes souvent "décentrées" par rapport aux enfants, lointaines des préoccupations actuelles touchant à la santé, au bien-être collectif, aux missions de socialisation, d'émancipation et d'apprentissage de l'école; ou alors sont-ils détendus, respectueux des autres et d'eux-mêmes parce qu'on leur a appris la confiance, l'autonomie, l'écoute, la parole et que leurs compétences d'enfant comme d'élève sont mises en valeur que ce soit dans un rôle "d'ainé(e)", de leader d'un jeu, d'arbitre d'un match, de créateur/trice, d'organisateur/trice d'activités,

d'ami(e) solidaire, de confident, de poète, de cuisinier, d'artiste, de sauteur d'élastique, de joueuse de foot...

Et pour l'année prochaine

Souscrire à cette idée d'amélioration des temps de midi, cela demande que l'on fasse des choix avec les autres petites et grandes personnes concernées. Le point de départ, c'est d'identifier les besoins, les enjeux de chacun pour améliorer les midis à l'école dans ces deux dimensions: repas et récréation.

Cela demande de créer des lieux, des moments de paroles et d'écoute où les enfants peuvent exprimer leurs propositions pour améliorer leur vie à l'école sur le temps de midi. Cela demande également des moments d'échanges entre adultes et entre enfants et adultes pour qu'on réfléchisse au sens, aux stratégies, aux moyens à mettre en œuvre pour arriver à concrétiser un projet d'action décidé en consensus. Il s'agit en fait de susciter le brassage d'idées - des plus réalistes, urgentes, aux plus farfelues, "douces dingues" - l'objectif étant de les examiner en tant que propositions respectables à mettre en regard de la réalité. Jusque là, c'est déjà tout un programme.

En ce moment où les projets éducatifs et les projets d'établissement sont en phase d'élaboration et de concertation dans les écoles, le projet d'améliorer les midis à l'école peut être rassembleur.

La mobilisation autour de la question des repas et des récréations permet aussi d'impliquer d'autres adultes de la communauté locale, de la commune ou des parents concernés au premier chef, qui peuvent agir avec l'école en tant que partenaires et soutenir les enfants dans la réalisation de leur projet.

Mener à bien ce projet avec une ou deux classes d'une école, c'est aussi l'occasion de découvrir son quartier, sa commune, sa ville et les différents responsables des questions qui touchent à l'environnement, à la santé, au bien-être, au financement d'un projet. C'est faire l'apprentissage des contraintes, des possibles pour arriver à organiser et réaliser un changement dans ce lieu de vie qu'est l'école.

En bref, c'est expérimenter avec les enfants et apprendre - avec un objectif d'action décidé collectivement - ce que veut dire travail, citoyenneté, participation au bien commun et identités:

d'animation. Les enfants, eux, auraient encore volontiers continué.

Les autres classes, à part la 5ème, n'ont encore eu aucun écho de ce travail. Ils se rendront compte de ce qui a été fait quand ils verront le film.

C'était une expérience très positive et enrichissante."

Maintenant, la cassette vidéo est terminée. Elle a été présentée le 12 juin lors d'une séance destinée aux élèves, aux parents, aux professionnels et aux journalistes.

Votre urine nous intéresse !

Les usagers de drogues, les tests et la circulaire

Depuis trois ans Infor-Drogues recense les demandes qui lui parviennent via sa permanence téléphonique 24h/24 concernant les tests d'urine pratiqués pour contrôler une consommation de drogues illégales. De 147 demandes en 1995 ce nombre est passé à 223 en 1996 et à 270 en 1997. Cela représente une augmentation de cette catégorie de demande de l'ordre de 83% en deux ans. Dans le même temps, le nombre global de demandes n'augmentait que de 5%.

Le développement exponentiel et maniaque des analyses d'urine pratiquées par les forces de l'ordre nous inquiète car il indique de "nouvelles" tendances et de "nouvelles" pratiques dont nous font part les personnes qui nous appellent. Nous sommes très vigilants par rapport au déploiement constant et continu de dispositifs sécuritaires.

Or déjà "depuis deux à trois ans, les usagers de drogues bruxellois dans le collimateur de la justice sont régulièrement invités à venir uriner dans les commissariats. Ces contrôles se déroulent dès qu'un dossier pour détention de stupéfiants est ouvert au parquet (même s'il n'est pas mis à l'instruction). On sait quand ils commencent, mais pas quand ils s'arrêteront: autrement dit, il ne suffit pas d'être négatif deux ou trois fois de suite pour obtenir la grâce judiciaire", soutient l'association de consommateurs CCLA (Citoyen Comme les Autres).

Générique de fin

Les promoteurs du projet: La Louvière "Ville Santé", IMS de Jolimont, Mutualité Chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie.

Les acteurs: les élèves de 6 écoles du Centre, les enseignants, les directeurs.

Les partenaires: le Foyer Culturel de Courcelles avec sa formation de régisseur, le cinéma "Le Parc", le service Culturel de la Province du Hainaut.

Témoins et "journalistes": Françoise Bertrand et Dominique Serbruyns.

D'autre part, en sachant que le cannabis peut rester détectable dans les urines, en fonction de la dose, jusqu'à six semaines, quel est le sens d'un contrôle fréquent, par exemple bimensuel ?

De plus, "alors que les contrôles d'urine se font à la limite de la légalité, s'y opposer est au contraire tout à fait légal et légitime. Les motifs raisonnables ne manquent pas (atteinte à la vie privée, secret médical, etc.)", toujours selon CCLA. Néanmoins refuser ces contrôles est très difficile car l'autorité entendra ce refus comme l'aveu d'une toxicomanie.

Nos statistiques 1997 nous montrent que cette problématique est loin d'être marginale puisqu'elle est devenue le motif de contact le plus important pour les usagers, avec 14% de l'ensemble des demandes de ceux-ci.

Les demandes à ce sujet viennent de près de 80% des usagers et cela constitue le plus important groupe de demande de la part de ce public particulier.

Cette répartition semble nous indiquer que l'augmentation des questions sur les tests est liée à leur multiplication. L'augmentation des questions pourrait aussi venir du fait que les gens (mais alors un public plus diversifié que les seuls usagers) sont davantage au courant de ces procédés et en parlent.

Interrogations multiples

Les questions que posent de telles pratiques ne manquent pas.

La cassette sera accompagnée d'un guide méthodologique dès le mois de septembre 98. Si vous désirez des renseignements complémentaires, vous pouvez contacter Fabrice Delvaux à la Mutualité Chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie, rue du Douaire 40, 6150 Anderlues. Tél.: 071/54.83.13.

(1) Si vous aimez les chiffres, cela fait 6 X 3 minutes = 15 à 18 minutes pour le film entier. Une saynète, cela veut dire un scénario et un scénario demande +/- 25 plans, un plan fait 1 minute 30 de tournage ou 30 prises de vue de +/- 3 à 5 secondes combien de prises de vue pour le film entier ?

D'ordre juridique: est-ce légal ? Cela peut-il remplacer une transaction ? Quand l'utilisateur peut-il refuser ? Quelle autorité peut y astreindre ?

D'ordre scientifique: est-ce efficace (cela montre-t-il ce que cela prétend montrer) ? Qu'est-ce qui peut influencer le résultat (dans un sens ou dans l'autre) ? Quel est le délai raisonnable entre deux tests pour constater une évolution ?

D'ordre préventif: est-ce efficace ? Cela motive-t-il les usagers à arrêter ? Cela ne risque-t-il pas d'encourager une consommation de produits non testés et, dans ce cas, peut-être moins maîtrisés par le consommateur ?

D'ordre social: cela vaut-il la peine de risquer d'exclure des consommateurs bien intégrés dans la société par ce type de pratiques policières et donc d'augmenter les problèmes sociaux ? Ces contrôles ne risquent-ils pas d'être vécus comme vexatoires et d'augmenter la rancœur des usagers envers les forces de l'ordre et, plus largement, envers la société dans son ensemble ?

Toutes ces questions (et bien d'autres encore) ont-elles trouvé des réponses ? Comment se fait-il que presque aucun professionnel ni de la santé, ni de l'éducatif, ni du judiciaire ne nous les pose ?

Deuxième source de surprise: l'entourage au sens large de l'utilisateur est-il bien au courant de ces pratiques ? L'utilisateur qui y est soumis a-t-il honte d'en parler avec son entourage ? L'entourage a-t-il honte d'en parler avec nous ? Cela paraît-il comme quelque chose d'évident, de souhaitable et de naturel ?

□ Cinéma, cinéma...

Mardi 28 avril

Une journée comme les autres pour les écoliers, mais pas pour 18 élèves de classes de 6ème primaire de 6 écoles de La Louvière. Aujourd'hui, ils font leur cinéma!

Nous avons décidé de les surprendre dans leur travail. Rendez-vous dans la salle de théâtre d'une école, c'est là que se déroule le tournage. Les grands rideaux rouges sont tirés et cachent la scène. Quelques enfants sont assis dans les fauteuils et bavardent.

Fabrice Delvaux, coordinateur du projet nous accueille.

Commençons par le début:

"Il y a 2 ans, une pièce de théâtre a été créée par différents organismes et la compagnie du Chakypesz. "Votez Louis" - c'est le nom de la pièce - a pour thème la prévention des maladies du cœur; elle a été présentée à toutes les classes de 5ème et 6ème primaire de la région du Centre. En 18 minutes, la pièce présente par différentes saynètes les principaux facteurs de risque: le tabac, le stress, l'alimentation, la sédentarité. Cette pièce est complétée par des animations sur les maladies cardio-vasculaires. Nous désirions continuer un travail à partir de la pièce et du thème des maladies du cœur. Nous avons proposé aux écoles ce projet de court métrage cinématographique. Concrètement:

- 6 écoles ont choisi ce projet pour l'année 97-98: réaliser un court métrage d'animation, en employant la technique du papier découpé;

- 6 écoles = 6 saynètes: 4 sur les facteurs de risque (alimentation, tabac, sédentarité et stress), 1 introduction et 1 conclusion (1);

- des enseignants ont suivi des formations et ont travaillé avec leurs élèves sur le thème pendant un an;

- des élèves de 6ème primaire ont travaillé une demi-journée par semaine depuis septembre en participant à des animations, ont écrit un script, réalisés des décors et des personnages et aujourd'hui participent au tournage."

Le tournage, nous y sommes. Derrière le rideau, c'est la concentration. Dans

le fond de la scène, trois grosses caméras posées sur des pieds fixent de leurs gros yeux des décors posés par terre. Autour de chaque caméra, des enfants s'activent:

"Nous réalisons un petit film pour la prévention des maladies cardio-vasculaires, pour ceux qui mangent trop de graisse, nous montrons ce qui peut arriver: ça peut boucher les artères, c'est mauvais pour le cœur. Nous travaillons à ce film tous les mardis depuis le début de l'année. Nous montrons le film à nos parents à la fin de l'année."

A l'avant-plan, quel-ques enfants sont rassemblés autour d'une table, ils colorent et découpent:

"Nous sommes en train de dessiner et découper des mots pour compléter une des saynètes filmée par une des équipes. C'est un projet pour les maladies du cœur. A l'école, nous avons écrit un scénario sur le stress: Monsieur Enervé court dans tous les sens dans sa maison. Au travail, il est stressé. Alors, il part en vacances, il achète une plus petite voiture, travaille moins et s'organise mieux. Alors, il va mieux.

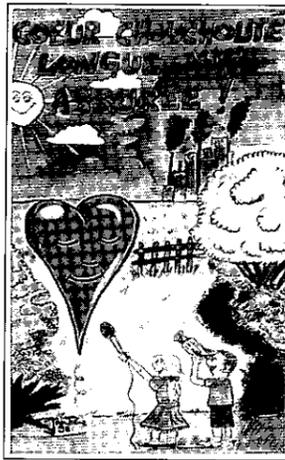
Ensuite, nous avons réalisé les dessins, 24 dessins pour une durée de 3 minutes. Chaque jour, 3 ou 4 élèves de la classe viennent travailler ici."

Dans une classe, à l'écart, quelques enfants travaillent avec un animateur: deux enfants se font face, debout, paumes contre paumes, ils essayent de garder l'équilibre. Exercice bizarre: quel est le but du jeu?

Un enfant: "Ici, on parle des facteurs de risque: stress, tabac, alimentation, alcool, sédentarité. On apprend que si on abuse de toutes ces choses-là on risque d'être malade, que si on fait du sport, qu'on fume moins, qu'on essaye d'avoir une alimentation équilibrée, on pourrait ne pas être malade."

Mais qu'y a-t-il de différent dans la façon d'aborder ce thème ici?

L'animateur: "Nous réfléchissons sur ce qu'est une maladie cardio-vasculaire. Nous revoyons ce qu'ils ont vu à l'école par la pièce, les animations et l'écriture du scénario. Nous en rediscutons et parlons aussi de la façon de



faire passer le message autour de nous, à travers un film, une discussion ou un autre moyen. Et comment en tirer ce qu'on peut faire, par exemple du sport contre la sédentarité. Par des petits jeux, nous abordons les thèmes. Quand vous êtes entré, c'était un jeu sur l'équilibre. On parle d'équilibre de la santé. Ce qui est intéressant pour eux, c'est de sentir leur propre équilibre, c'est une prise de conscience par leur propre corps et de façon ludique."

Pour le film, il faut attendre encore un peu, après le tournage, il restera les prises de son et le montage. Il sera présenté aux parents au mois de juin.

Bon travail, les enfants et merci de votre accueil.

Après les explications d'un des responsables du projet, le récit des enfants et d'un animateur, nous souhaitons l'avis d'un directeur d'école:

"Il nous paraissait important de continuer le travail entamé par la pièce de théâtre. Nous avons proposé ce projet de film aux enfants, ils se sont montrés très motivés et ont donné leur accord. La décision venait d'eux.

Une enseignante de 6ème a travaillé sur ce projet avec sa classe. Pour elle, c'était un très gros investissement. Un peu trop lourd par moments, il fallait y consacrer trop de temps. D'autant plus qu'en 6ème primaire, les enfants ont l'examen cantonal à présenter.

D'un autre côté, nous avons appris beaucoup en participant, particulièrement sur la technique du cinéma

celle de leur groupe-classe, celle de leur école, celle que chacun recherche au travers de l'expression et de l'appropriation de son projet de vie.

C'est ensemble, petits et grands, partenaires à l'intérieur de l'école et à l'extérieur que nous devons nous organiser pour colorer les demains de l'école. Par

ce que, pour tout vous dire, je suis convaincue qu'ils chanteront et depuis, je me suis mise au solfège... et vous?

Virtuose expérimenté(e), vocaliste à l'occasion, musicien/ musicienne en herbe et bermuda,... qu'attendez-vous?

Toute plainte assortie de proposition(s) est bienvenue! Toute stratégie de chan-

gement sera examinée avec attention... L'invitation est lancée!

Cristine Deliens ■

Notre adresse: Coordination Education/Santé, Projet "Les midis à l'école", rue de la Rhétorique 19, 1060 Bruxelles. Fax: 02/538.23.73.

□ Aider les enfants à grandir sans tabac

Les enfants ne font pas simplement le "choix" de fumer. Ils subissent la forte emprise de leur milieu, lequel est lui-même grandement influencé par les politiques publiques. Les enfants seront bien plus enclins à fumer s'ils sont entourés d'annonces publicitaires et promotionnelles attrayantes en faveur du tabac; si leur sport préféré est parrainé par l'industrie du tabac; si leurs idoles fument dans leurs films; s'ils voient des gens qui fument tout autour d'eux; et enfin si les produits du tabac sont bon marché et facilement accessibles.

Les programmes éducatifs poursuivent un objectif donné, notamment dans les pays où les dangers liés à l'usage du tabac ne sont pas connus de tous. Toutefois, faute de politiques publiques fermes, les milliards de dollars consacrés par l'industrie du tabac à la promotion de ses produits et à la création d'un milieu "pro-tabac" risquent de submerger les messages de santé dispensés aux enfants par les parents et l'école. Des politiques publiques vigoureuses contribuent à rétablir l'équilibre et à donner aux enfants une véritable chance de grandir sans tabac.

Quelles sont les politiques axées sur les jeunes qui marchent le mieux ?

Les experts politiques sont d'accord pour dire qu'une association des politiques décrites ci-après devrait considérablement réduire l'usage du tabac chez les jeunes à condition que celles-ci soient durables, qu'elles soient strictement appliquées et correctement financées. Si l'on veut que des progrès soient véritablement accomplis, il est également important de mettre en œuvre l'ensemble des politiques recommandées. L'application d'une seule de ces politiques est certes bénéfique, mais une approche globale est



quand même préférable. Les sociétés du tabac qui se voient refuser une approche donnée en ce qui concerne la commercialisation ou la vente des produits du tabac aux enfants redoubleront d'efforts pour employer d'autres méthodes qui ne sont pas interdites.

Toutes ces politiques sont comprises dans le Programme en dix points de l'OMS pour vaincre le tabagisme. Ces points (voir l'encadré), découlant de résolutions prises par l'Assemblée mondiale de la santé et également de recommandations d'autres organes internationaux et intergouvernementaux, reprennent des éléments-clés qui doivent être intégrés dans des programmes nationaux de lutte antitabac exhaustifs.

Renforcement de la taxation sur le tabac

Les études montrent régulièrement que les enfants sont plus sensibles aux augmentations de prix que les adultes. Aux Etats-Unis, par exemple, les jeunes sont trois fois plus enclins que les adultes à cesser de fumer ou à éviter de se mettre à fumer si le prix du tabac augmente. La hausse du prix du tabac empêche les jeunes d'avoir facilement accès aux produits en question.

Ainsi, l'augmentation de la taxe sur le tabac relève d'une bonne politique sani-

Programme en dix points pour vaincre le tabagisme

1. Protéger les enfants pour leur éviter de devenir dépendants du tabac.
2. S'appuyer sur la fiscalité pour décourager l'usage du tabac, et imposer par exemple des taxes sur le tabac qui augmentent plus vite que les prix et les revenus.
3. Affecter une partie de l'argent provenant des taxes sur le tabac pour financer de nouvelles mesures de lutte antitabac et de promotion sanitaire.
4. Mettre en place des programmes de promotion et d'éducation en matière de santé et de sevrage tabagique. Les agents et établissements de santé montreront l'exemple en s'abstenant de fumer et en prohibant l'usage du tabac.
5. Protéger les gens de l'exposition involontaire à la fumée de tabac ambiante.
6. Eliminer les incitations socio-économiques, comportementales et autres qui maintiennent et favorisent l'usage du tabac.
7. Eliminer la publicité, la promotion et le parrainage directs et indirects en faveur des produits du tabac.
8. Contrôler les produits du tabac, en demandant notamment l'inscription d'avertissements sanitaires bien visibles sur ces produits et toutes les annonces publicitaires restantes; limiter la quantité de composants toxiques dans les produits et la fumée du tabac, et notifier obligatoirement ces composants.
9. Favoriser la recherche de solutions de remplacement économiques à la culture et à la fabrication des produits du tabac.
10. Faire montre d'efficacité dans la gestion, le suivi et l'évaluation des questions liées au tabac.

taire et fiscale. Les cigarettes bon marché ne présentent aucun avantage sur le plan social car elles encouragent les gens à fumer davantage, ce qui accroît le coût des soins de santé ainsi que le nombre des décès et des maladies. Une autre façon d'empêcher les jeunes d'acheter des cigarettes bon marché serait d'adopter une législation interdisant la vente de cigarettes à l'unité ainsi que celle de paquets de cigarettes aux dimensions réduites de moitié, connus dans certains pays sous le nom de "paquets pour enfants".

Dans de nombreux pays, les gouvernements perçoivent des recettes fiscales considérables de la vente illégale de produits de tabac aux mineurs mais ils ne consacrent souvent qu'un faible pourcentage de celles-ci aux programmes de prévention destinés aux jeunes. Rares sont les cas où une part des fonds provenant des taxes sur le tabac sert à financer des programmes visant à protéger les enfants et à réduire l'usage du tabac. L'Australie, les Etats-Unis, le Canada et d'autres pays ont adopté cette approche en matière de financement, laquelle s'est avérée efficace et populaire sur le plan politique.

Collaboration multisectorielle

La Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXe siècle dénonce l'impact négatif considérable qu'a le commerce international du tabac sur la santé publique et par conséquent la santé des enfants. Elle demande la création de nouveaux partenariats pour la santé, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales, entre les secteurs publics et privés à tous les niveaux administratifs de la société et pour la formation d'une alliance mondiale en faveur de la promotion sanitaire. Il est urgent de prendre ce type de mesures intersectorielles et transnationales concertées afin de contrer les tentatives des multinationales du tabac.

Restrictions commerciales

La publicité affecte la perception qu'ont les jeunes de l'ubiquité, de l'image et des fonctions du tabac. Des études ont montré que dans certains pays la publicité en faveur du tabac a deux fois plus d'impact sur les enfants, en ce qui concerne l'incitation à fumer, que la pression exercée par leurs camarades.

Les enfants ont souvent plus tendance à acheter les marques de cigarettes qui font l'objet d'un matraquage publicitaire intensif.

La publicité en faveur du tabac étant par essence équivoque, les politiques publiques devraient interdire toutes les réclames et promotions en faveur du tabac, et notamment la distribution d'échantillons gratuits et d'autres pro-

duits, la vente de produits autres que le tabac portant le nom d'une marque de cigarettes, la publicité aux points de vente, et le parrainage de manifestations sportives et culturelles par l'industrie du tabac. Les pays qui ont interdit la publicité en faveur du tabac dans le cadre d'un programme complet de lutte antitabac ont vu la consommation de celui-ci décliner considérablement.

La publicité tabac et les jeunes

Le vote récent (voir Education Santé n° 125) d'une loi fédérale interdisant la publicité pour le tabac n'est pas passé inaperçu. Le fait qu'un Grand Prix de Formule 1 est organisé à Spa-Francorchamps n'y est pas pour rien. Les organisateurs de spectacles sportifs et leurs sponsors n'ont guère eu de peine à trouver des relais politiques pour essayer de limiter au maximum, dans le temps et dans l'espace, l'application de la loi.

On aura aussi remarqué à cette occasion le faible écho que les défenseurs de la santé publique ont eu dans les médias. Manifestement, le secteur de la promotion de la santé ne maîtrise pas aussi bien l'art du lobbying que les producteurs de cigarettes! Il est resté étonnamment muet dans cette affaire.

Si cela peut nous consoler, le Parlement européen a approuvé le 13 mai dernier sans amendement la position commune du Conseil relative à une proposition de directive concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de publicité en faveur des produits du tabac. Cette proposition, qui, depuis sa première présentation en avril... 1989, a subi de profondes modifications, est basée sur le principe d'une interdiction de toute forme de publicité.

En attendant l'adoption finale (prochaine ?) de cette directive, deux articles récents apportent de l'eau au moulin de ceux qui estiment que les jeunes sont un enjeu fondamental de la lutte antitabac, malgré l'affirmation des industriels que la publicité ne vise qu'à convaincre des fumeurs installés dans leur habitude de changer de marque.

Une étude anglaise (1) montre ainsi que le fait de regarder des courses motorisées (et sponsorisées largement par le tabac) à la télévision influence l'initiation à la cigarette, moins que le comportement tabagique des parents, mais plus que celui du meilleur ami. De quoi motiver le législateur à ne pas faire d'exception pour les sports moteurs!

La seconde étude (2), américaine, porte sur l'influence de la publicité tabac sur l'initiation à la cigarette. Elle concerne plus de 1700 adolescents californiens interrogés alors qu'ils ne fumaient pas et ne marquaient aucune intention de commencer à fumer en 1993, et qui ont été interviewés à nouveau trois ans plus tard. Les résultats, sans surprise, confirment l'influence de la publicité et des autres activités promotionnelles, telles la distribution d'échantillons.

Plus un jeune est sensible à une communication persuasive, plus forte est la probabilité que cette communication aura une influence sur son comportement (essai de la cigarette en l'occurrence).

Voilà une conclusion prévisible et banale, direz-vous. Sans doute, mais l'aplomb avec lequel l'industrie nie l'évidence depuis des années est tel qu'il n'est pas mauvais d'enfoncer de temps en temps des portes ouvertes!

C. D. B. ■

Merci à Luc Berghmans pour ses infos!

(1) Anne Charlton, David White, Sheila Kelly, Boy's smoking and cigarette-brand-sponsored motor racing, *The Lancet*, vol. 350, 15/11/1997.

(2) John P. Pierre, Won S. Choi, Elizabeth A. Gilpin, Arthur J. Farkas, Charles S. Berry, Tobacco Industry Promotion of Cigarettes and Adolescent Smoking, *JAMA*, vol. 279, 511-515, 18/02/1998.

(suite de la page 15)

un pays où le sida est particulièrement endémique ou originaire d'un de ces pays.

La proportion d'hommes et de femmes est identique chez les personnes séropositives originaires de ces régions. C'est aussi ce qu'on observe en Afrique, où le nombre de femmes contaminées tend même à devenir aujourd'hui plus important que celui des hommes.

La vulnérabilité des ressortissants d'Afrique noire

On estime aujourd'hui en Belgique à 30.000 le nombre de ressortissants d'Afrique noire (1). La population originaire du Congo est la plus largement représentée, d'abord à Bruxelles, puis en Wallonie et enfin en Flandre. Près des trois quarts sont âgés de 15 à 59 ans.

Les données relatives aux personnes originaires d'Afrique noire (2) (3) ont permis de repérer une série de points de vulnérabilité par rapport au sida et aux M.S.T.:

- évoquer la sexualité est tabou, surtout entre générations;
- les modes de transmission et de prévention du sida restent mal connus;
- on évalue mal sa propre vulnérabilité par rapport au sida;
- l'activité sexuelle est précoce;
- chez les hommes, le multipartenariat est fréquent;
- les jeunes filles sont particulièrement fragiles, sexuellement (difficulté de négocier la prévention dans la relation);
- la fréquence des maladies sexuellement transmissibles est élevée;
- on constate une attitude générale de rejet vis-à-vis de la maladie et des personnes séropositives.

Pour l'acteur de prévention congolais Blaise Baruani, "beaucoup d'Africains perçoivent le sida comme une punition divine suite aux écarts de conduite par rapport aux prescriptions sociales et morales. La plupart des jeunes en revanche s'en font une représentation plus objective, plus terre à terre" (4).

De cette double conception de la vie, de la mort et du sida peut naître une

confrontation entre les aînés et les jeunes. D'où l'importance d'adapter culturellement des messages de prévention.

Le projet Ngwomo sida

Le Ministère de la Santé de la Communauté française soutient ce projet dans le cadre des actions préventives destinées à la population subsaharienne résidant en Belgique. Il a été réalisé par Infor Sida, en collaboration avec "Radio Panic - l'Afrique en un clic", et Latitudes SSE/AF. Ce projet vise à soutenir le travail de proximité mené depuis plusieurs années par le Service Social des Etrangers auprès de cette population.

Ngwomo sida est une action qui consiste à sensibiliser à la prévention du sida et des M.S.T., les personnes originaires d'Afrique noire résidant en Belgique et ce par des messages appropriés qui tiennent compte du contexte particulier de prise de risque propre à cette communauté.

Il s'agit avant tout d'améliorer les connaissances sur le sida, la perception personnelle du risque d'infection au V.I.H. et le recours au préservatif lors de relations sexuelles à risque, ainsi que de lutter contre les attitudes discriminatoires.

Pour Djiby Guissé, chanteur sénégalais, les artistes ont un rôle à jouer dans la prévention du sida et la lutte contre l'exclusion. "Nous, ce que nous pouvons faire, c'est chanter, faire un message en même temps qu'une émotion. C'est un combat permanent, comme à l'époque des méga-concerts contre l'apartheid en Afrique du Sud il y a quelques années". Les Frères Guissé, groupe folk sénégalais, ont enregistré une chanson intitulée "Marie", en hommage à une femme contaminée par le sida qui les a fortement marqués.

Trois modes d'intervention ont été choisis pour soutenir l'action Ngwomo sida:

- la diffusion de sketches radiophoniques;
- la confection d'une affiche de prévention en lingala, intitulée "kobo-sana ngaite", ce qui veut dire "ne m'oublie pas";
- la distribution d'un document d'information sur le sida, contenant un préservatif.

Les "kadoudou" de Doudou

La tradition orale, mode de communication propre à la communauté africaine, est perpétuée grâce à l'utilisation de la radio comme vecteur principal de la campagne.

Une vingtaine de sketches ont été conçus et interprétés par le comédien Dieudonné Kabongo. Ils mettent en scène Doudou, commerçant, qui vend entre autres des préservatifs, appelés kadoudou.

Ces sketches sont diffusés, entre autres, sur "Radio Panik - l'Afrique en un clic" (105,4 FM), depuis juin 1998.

On pourra les entendre également à Kinshasa et Brazzaville sur Raga FM (92,5FM).

Informations et préservatif

Un document d'information est en outre distribué gratuitement via les relais associatifs spécifiques, dans les lieux de loisirs (cafés, discothèques, coiffeurs...) ou lors de manifestations sportives et culturelles. Ce document, auquel est joint un préservatif, rappelle en français, en anglais et en portugais les modes de contamination du sida ainsi que le mode d'emploi du préservatif.

Renseignements

Brabant Wallon: 010/23 61 04
Bruxelles: 02/512 41 74
Charleroi: 071/48 94 20
Huy-Waremme: 085/21 25 76
Liège: 04/223 29 13
Luxembourg: 061/21 36 71
Mons: 065/84 53 54
Namur: 081/72 16 21
Tournai: 069/22 15 71

(1) Source: Institut national de statistiques, janvier 1995.

(2) Leroy X. et al., Etude des moyens de communication appropriés à la prévention du sida dans la communauté zairoise de Belgique, UCL RESO-EDUS, 1995.

(3) Piette D., Barette M. et al., Recherche-action: sida et jeunes Zairois en Communauté française de Belgique, ULB PROMES, 1997.

(4) Baruani Y.K., Pratiques sexuelles, risque d'infection à VIH et prévention du sida: recherche qualitative auprès d'immigrés africains en Communauté française de Belgique, Agence prévention sida, 1996.

moyen de survie, se voient contraintes de recourir à la prostitution.

Comment nous décririez-vous la lutte contre le sida en Afrique ? Y a-t-il des éléments positifs à ce niveau ?

L'Ouganda est souvent mis en exergue comme un exemple d'efforts préventifs cohérents faisant la preuve de leur efficacité. Certes, il s'agit d'un des pays les plus gravement touchés. Mais récemment, l'espoir est réapparu du fait d'un ralentissement manifeste de l'incidence, surtout chez les 15-25 ans. C'est encourageant, les jeunes commencent leur vie sexuelle plus tard et l'usage du préservatif a fort augmenté.

Ces bons résultats sont très certainement attribuables aux actions des ONG, combinées à un leadership politique, ouvert et très positif de la part du président Museveni, un personnage assez exceptionnel et exemplaire semble-t-il dans la lutte contre le sida.

A l'heure où, chez nous, l'incidence n'augmente plus, et où nous pouvons nous réjouir de l'efficacité accrue des traitements disponibles, l'Afrique manque quasi totalement, non seulement du premier antiviral, mais même de simples traitements prophylactiques contre les infections opportunistes. Ne sommes-nous pas en train de laisser mourir l'Afrique ?

Tout à fait, d'autant que je pense que le pire reste à venir, vu le délai entre infection, maladie et mort. Même si la transmission s'arrêtait aujourd'hui totalement, le sida resterait pour des années la principale cause de décès d'adultes jeunes. Le sida a été en 97, dans certaines régions, à l'origine de 7 décès sur 10 d'hommes entre 25 et 44 ans.

Les personnes contaminées d'aujourd'hui annoncent des maladies et des morts en grand nombre pour demain ?

Oui, nous sommes face à une catastrophe programmée, le nombre de personnes dans le monde qui ont contracté l'infection cette seule dernière année (5,8 millions dont 4 mil-

lions en Afrique), correspond à la moitié du nombre de personnes que l'épidémie a emporté depuis son début (11,7 millions en une quinzaine d'années). En beaucoup d'endroits, 50 à 75% des lits d'hôpitaux sont déjà occupés par des patients sidéens dont seuls 1% auraient accès à l'AZT. Les victimes sont des personnes dans la force de l'âge qui laissent un nombre considérable d'orphelins (8,2 millions dans le monde, dont 7,8 millions en Afrique). L'impact socio-économique prévisible de l'épidémie va provoquer un énorme retard de développement de ces pays déjà pourtant parmi les plus pauvres du monde.

Certains pensent que le profil épidémique belge est influencé par la situation en Afrique, à cause de l'importance de nos relations avec des pays tels que le Congo, le Rwanda et le Burundi. Qu'en pensez-vous ?

Depuis plusieurs années, autour de 60% des diagnostics recensés en Belgique concernent des personnes non-belges et parmi elles, plus de 75% sont originaires d'Afrique subsaharienne. Près de la moitié des séroconversions dépistées pourraient donc être le fait de personnes originaires de ces pays. Or ces personnes ne sont guère plus d'une trentaine de mille recensées dans notre pays, ce qui signifie donc une concentration très importante de cas dans cette population.

L'importance relative chez nous du mode de contamination hétérosexuelle (45%, un pourcentage plus élevé que partout ailleurs en Europe) est-elle aussi explicable par ces contacts avec l'Afrique ?

Pas uniquement en tout cas, car cela s'observe surtout du fait d'une moindre contamination homosexuelle ou toxicomane en Belgique qu'au nord et au sud de l'Europe respectivement. Mais c'est bien sûr aussi probablement en partie explicable par les nombreux contacts avec l'Afrique subsaharienne (où les relations hétérosexuelles expliqueraient 85% des contaminations). Outre le nombre de contaminations de personnes originaires de ces régions et dépistées en Belgique, parmi les sidéens belges aussi, la moitié de ceux qui reconnaissent une origine hétérosexuelle à leur contamination l'attri-

buent explicitement à une relation avec un partenaire ayant vécu ou bien originaire d'un pays où l'infection est endémique.

Que pensez-vous qu'il faille tirer comme leçons pour la prévention de ces quelques données et hypothèses ?

Elles devraient orienter radicalement la détermination des axes prioritaires à fixer pour la prévention du sida. Il y a lieu, par exemple, de porter une attention particulière aux personnes qui voyagent vers les pays à haute endémie. Pour ce faire, il faudrait systématiquement parler du risque sida et des préservatifs à toute personne qui se fait vacciner en prévision d'un séjour dans ces contrées. Il faudrait aussi se préoccuper de groupes spécifiques comme les militaires. Je me félicite des efforts réalisés par l'armée: des programmes de sensibilisation par les pairs sont mis en place dans chaque unité, et des préparations au départ évoquant le sida existent avant toute mission à l'étranger (Team Info Sida).

Et que conseillez-vous quant aux actions à réaliser en communautés immigrées ?

Elles sont primordiales. Elles doivent être faites dans le respect des cultures et l'acceptation mutuelle des différences. Il faut veiller à ce qu'elles soient non stigmatisantes, et ne risquent en aucun cas de contribuer au rejet de personnes déjà trop souvent en but au racisme.

Pour ce faire, il serait certainement important d'impliquer les membres des communautés, de concevoir les actions avec des personnes représentatives, de travailler dans les langues locales, de bien choisir les endroits et les canaux... Enfin, pierre importante dans cet édifice, il y a lieu de sensibiliser les médecins généralistes à l'ensemble de cette problématique extrêmement délicate. Il faut leur faire prendre une part déterminante dans des efforts de promotion santé qui soient particulièrement attentifs au milieu immigré et qui incluent une prévention du sida adéquate.

Interdiction de la vente aux mineurs

Dans de nombreux pays, les produits du tabac sont vendus couramment aux enfants tandis que la vente d'autres drogues létales et entraînant une dépendance n'est pas tolérée. Un âge minimum de 18 ans ou plus devrait être imposé pour la vente des produits du tabac. Tous les buralistes devraient obtenir une licence, laquelle devrait être liée au respect de la loi. Il faudrait instituer un barème progressif de sanctions civiles allant de l'avertissement à la révocation de la licence. La mise en vigueur de la loi est essentielle! Si elle n'est pas appliquée, elle ne sera pas respectée. Afin que ces mesures puissent s'autofinancer, on pourrait dégager les fonds qui permettraient de faire respecter la loi à partir des redevances de licence et des amendes. Afin d'éliminer la possibilité d'une vente non surveillée des produits du tabac, il faudrait interdire la vente de ceux-ci par les distributeurs automatiques.

Ces dernières années, les programmes de lutte antitabac dans plusieurs pays ont tenté de limiter les possibilités de vente de cigarettes aux mineurs. Toutefois, même lorsque les programmes réussissent à limiter les ventes réelles, la majorité des jeunes continuent de penser qu'il est facile d'obtenir des cigarettes. Les études ont montré que bon nombre de fumeurs réguliers parmi les adolescents n'achètent pas leurs propres cigarettes. Il est clair que les frères et sœurs et connaissances plus âgés sont prêts à acheter du tabac pour les mineurs n'ayant pas l'âge requis.

Il s'ensuit que les stratégies visant à réduire l'accès des jeunes aux produits du tabac sont importantes mais qu'elles n'ont qu'une valeur restreinte si elles ne s'accompagnent pas de programmes de lutte antitabac généraux.

Programmes d'éducation et de contre-commercialisation

Nombre de gouvernements ont mis en place avec succès des programmes qui font appel aux grands organes d'information pour délivrer des messages forts destinés à contrer les efforts déployés par les fabricants de cigarettes en vue de donner du tabac une image sensuelle, séduisante et normale. Les programmes basés sur l'école et la communauté sont tout aussi impor-

tants pour avertir les enfants des dangers de l'usage du tabac et leur enseigner comment résister aux efforts commerciaux de l'industrie du tabac et à la pression des camarades. Les recherches entreprises montrent que les programmes diffusés par les grands organes d'information et les programmes d'éducation, s'ils sont coordonnés, donnent de bien meilleurs résultats que chaque approche menée séparément.

Protection contre la fumée de tabac ambiante

Il est important d'interdire légalement le tabagisme dans les lieux publics, surtout lorsque des enfants risquent de s'y trouver.

Premièrement, il a été établi de manière incontestable que la fumée de tabac ambiante était nocive pour tout le monde, et notamment pour les enfants.

Deuxièmement, si les lieux publics sont déclarés espaces non-fumeurs, alors les jeunes auront bien moins d'endroits à leur disposition pour allumer leur cigarette et cela pourrait contribuer grandement à réduire le tabagisme.

Enfin, les enfants qui grandissent en voyant le tabagisme autorisé tout autour d'eux en concluront, à tort, que le tabac n'est finalement pas très nocif et qu'il est socialement acceptable de fumer. D'ailleurs, l'industrie du tabac s'active pour faire apparaître le tabagisme comme socialement acceptable.

Comment promouvoir les politiques de lutte antitabac

Même si le tabac est bien plus qu'un problème concernant les jeunes, le fait de souligner les dangers encourus par ceux-ci peut inciter les hommes politiques et le grand public à donner leur appui à la lutte antitabac. Même les fumeurs sont prêts à soutenir la législation antitabac s'ils pensent qu'elle peut empêcher les enfants de se mettre à fumer. Le principe qui veut que les enfants ne soient pas à même de prendre des décisions rationnelles et informées sur le fait de s'adonner ou non au tabac peut également contribuer à la mise en place de nouvelles politiques qui aideront à protéger les enfants des pressions visant à les faire fumer. Les politiques destinées à protéger les enfants

du tabac peuvent prendre diverses formes et être adoptées à différents niveaux de gouvernement (par exemple local, provincial, national et international). Ces politiques seront acceptées plus facilement en tant que réglementations dans certains endroits et en tant que législation dans d'autres. Dans la plupart des pays, toutefois, les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle essentiel car elles favorisent l'adoption de lois préventives contre le tabac.

Les campagnes réussies se font généralement selon trois étapes:

Recherche et planification préalables

Il est important de recueillir dès le départ autant d'informations que possible au sujet de la question, de définir des objectifs et stratégies faisables et de déterminer qui sont les alliés et opposants éventuels, ce que le public pense, s'il est possible de former une coalition solide et comment financer la campagne. La recherche et la planification seront indispensables tout au long du projet mais jamais autant qu'au début.

Lancement de la campagne

Si la recherche et la planification préalables donnent à penser qu'une campagne en règle est justifiée, la prochaine étape consiste à appeler l'attention des médias et des hommes politiques sur la question et à l'inscrire au rang des problèmes publics. On peut planifier des manifestations comme la publication d'une étude venant étayer les nouvelles politiques, l'organisation d'une conférence de presse, l'introduction de lois, des déclarations de soutien émanant d'hommes politiques éminents, en vue de mobiliser le public sur la question. Une présentation positive du sujet dans les médias est souvent la clé du succès.

Pressions exercées pour faire adopter les propositions

Si la proposition est bonne, l'industrie du tabac s'y opposera violemment et la campagne sera ardue. Il y aura de nombreux obstacles; il faudra prévoir les tactiques astucieuses élaborées par l'opposition et les vaincre. Une campagne fructueuse doit être inlassable,

stratégique et agressive. Il peut être extrêmement utile de demander l'aide de groupes de pression expérimentés qui connaissent les hommes politiques concernés. Un appui international aux mesures proposées peut également s'avérer précieux.

Il sera important d'élargir la base de soutien à la proposition à chaque étape et de conserver une approche positive et raisonnable. Les hommes politiques

comme les médias évitent les organisations et personnes dont les positions sont trop extrêmes à leur goût.

Naturellement, bien des campagnes ne réussissent pas tout de suite, aussi faut-il militer encore et encore jusqu'à l'adoption de la proposition en question. Même après la transformation de celle-ci en loi, le travail n'est pas fini. Il faut protéger les acquis des futures attaques. Par exemple, la loi va-t-elle être

strictement appliquée ? Le financement adéquat est-il prévu ? Après chaque victoire ou défaite, il est important de remercier les alliés, de tirer les enseignements des succès remportés comme des échecs subis et de regrouper les forces pour la campagne suivante.

D'après le dossier de conseils 'Grandir sans tabac', réalisé par l'OMS à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai dernier.

"Naître et grandir sans tabac", une journée pleinement réussie

A l'occasion de la Journée mondiale sans tabac, plusieurs organismes⁽¹⁾ s'étaient associés pour proposer une journée de réflexion sur le thème "Naître et grandir sans tabac". Cette journée fut une réussite sous de nombreux aspects. L'afflux de participants tout d'abord : la salle de l'Arsenal à Namur était comble. Beaucoup de participants – de participantes, devrais-je dire – venaient d'IMS, de PMS, de l'ONE, de services hospitaliers, un public comme toujours composé d'une majorité féminine impressionnante.

Le plaisir et l'intérêt de participer à une telle journée vient de la richesse des informations scientifiques diffusées mais aussi de la capacité des intervenants à susciter notre enthousiasme. Sur ces deux dimensions, nous fûmes gâtés. Axel Roucloux tout d'abord nous a présenté la dynamique du programme "Namur entrez sans fumer". A sa

suite, Luc Schreiden – la pédagogie brillante mais toujours modeste – nous a éveillés aux différents aspects de la communication intervenant dans le sevrage tabagique, nous entraînant à (re)découvrir les subtilités de la dissonance cognitive.

Dans le domaine plus médical, le Docteur Véronique Godding nous a fait part de l'état actuel des recherches en matière de tabagisme passif sur la santé de l'enfant et le Professeur Kahn nous a éclairés sur le rôle du tabagisme passif dans la mort subite du nourrisson. Une mise à jour de nos connaissances, ma foi, bien utile.

Enfin, grâce à Marie Chuffart, sage-femme passionnée et passionnante, nous avons également pu découvrir un programme français de consultations d'aide au sevrage tabagique spécifiques à la femme enceinte.

Dans cette très brève énumération, je n'oublierai pas les interventions du Docteur Vander Steichel, à la fois chef

d'orchestre et modérateur bien utile quand certains experts se lançaient dans des joutes oratoires.

Si cette journée fut une réussite en elle-même, elle représentait aussi un point de départ pour une dynamique de travail pour plusieurs organisations. En effet, cette action sera suivie en Province de Namur et en Communauté française de formations et de journées de sensibilisation d'octobre à décembre 98 destinées au personnel de crèches, de centres de santé provinciaux, et aux enseignants.

Si vous souhaitez en savoir plus, vous pouvez contacter Caroline Rasyon à la FARES au 02/512.29.36.

1 Les organismes à l'initiative de cette journée étaient la FARES, l'Oeuvre belge du Cancer, le service promotion de la santé de l'Institut provincial d'hygiène sociale et la Ville de "Namur entrez sans fumer", le Réseau des hôpitaux promoteur de la santé.

Prévention de la délinquance par le jeu théâtral

"Il y a des enfants qui naissent les mains ouvertes, les poings fermés. Sweet, ses poings n'avaient jamais pu s'ouvrir..."

Tout l'esprit de la pièce est là.

Pour la deuxième année consécutive, l'Atelier Théâtre des infirmières en santé communautaire de l'EIKLB (Ecole d'infirmières de l'ULB) présente la pièce "Violence" visant à sensibiliser les jeunes, les parents et le personnel enseignant aux phénomènes de la violence chez les adolescents.

A l'origine: un spectacle, "L'arme au coeur", initié par l'Institut Pinel, à Montréal - unique centre de traitement et de

réhabilitation des pédophiles violents et agressifs - et découvert lors d'un voyage d'étude au Québec. Adoptée avec enthousiasme par le corps professoral et les infirmières, cette pièce fut adaptée à notre culture et à notre langage par le metteur en scène René Arnaut.

Parallèlement à la démarche de sensibilisation, "Violence" présente aussi une incontestable dimension pédagogique. Pour les infirmières en santé communautaire, l'expression théâtrale apporte la dynamique de groupe, les jeux de rôle et la réflexion qui sous-tend l'élaboration progressive du spectacle. Cette dimension du vécu - tout un tra-

vail de psychologie appliquée - s'intègre parfaitement dans les objectifs de formation.

Avec "Violence", l'Atelier Théâtre de l'EIKLB veut conscientiser les enseignants, éducateurs, les personnels de santé, les travailleurs sociaux,... aux multiples ressources du jeu théâtral pour qu'ils tentent à leur tour, avec les jeunes dont ils s'occupent, des expériences similaires.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez joindre Madame Laloux ou Madame Poquet au 02/555.47.75. ■

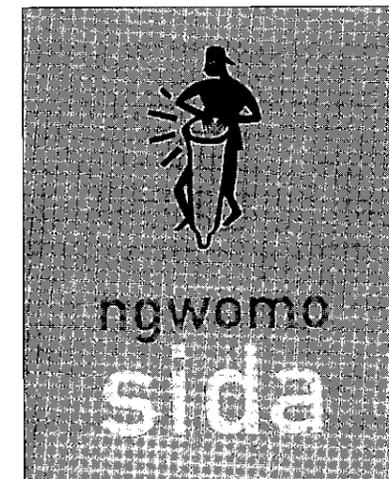
Le kadoudou dis c'est ça la vie!

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 30 millions de personnes sont aujourd'hui touchées par le virus du sida, soit un adulte sexuellement actif sur cent.

Près de 6 millions de personnes se sont infectées uniquement en 1997.

90% de ces personnes vivent dans les pays en voie de développement, 70% dans les pays d'Afrique centrale et du sud. C'est là que plus de 7% des personnes de 15 à 49 ans sont séropositives.

Les causes profondes de cette épidémie s'appellent pauvreté, statut inférieur de la femme, chômage, absence de logement.



Un parallèle entre la situation en Afrique et celle des immigrants sub-sahariens résidant en Belgique

Dans notre pays, plus de la moitié des personnes infectées dont on connaît la nationalité sont des ressortissants de pays étrangers. Parmi eux, les trois quarts sont originaires d'Afrique centrale. Ils se sont contaminés essentiellement par contact hétérosexuel. Et parmi les Belges contaminés par voie hétérosexuelle, huit sur dix attribuent l'origine de l'infection à une relation avec une personne ayant vécu dans (suite page 17)

Le sida en Afrique

Une interview du Docteur Marie Laga, qui dirige l'Unité de recherches et d'intervention M.S.T./V.I.H. de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Dr. Laga, les chiffres d'estimation épidémique du sida en Afrique paraissent absolument dramatiques. Les confirmez-vous ?

Tout à fait. L'O.M.S. estime que 5,8 millions de personnes dans le monde se sont infectées en 1997 dont 4 millions dans la seule Afrique subsaharienne. C'est très nettement dans le sud-est que la situation est la plus terrible. Citons des pays comme l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie, le Malawi, la Zambie, le Zimbabwe et l'Afrique du sud, qui présentent probablement les plus hautes prévalences mondiales.

Pouvez-vous nous donner quelques exemples plus concrets ?

On utilise souvent, comme témoin de la probable prévalence dans la population adulte sexuellement active, le taux de séropositivité observé chez les femmes enceintes.

Dans les principales villes de la région des grands lacs et du sud-est africain, 20 à 35% des femmes se

présentant à une maternité pour y accoucher, seraient séropositives.

Certaines enquêtes citent des chiffres tels que 43% des femmes enceintes seraient séropositives dans une ville du Botswana, 59% dans une autre du Zimbabwe, ... Une situation atterrante ! La prévalence n'est bien sûr pas du tout répartie de manière homogène, et l'on pense qu'en zone rurale elle serait plutôt de l'ordre de 5 à 10% de la population adulte, ce qui reste énorme.

Quels sont d'après vous les principaux facteurs expliquant la gravité de l'épidémie en Afrique ?

En fait, toujours et partout, deux types de facteurs interviennent: d'une part, la probabilité de rencontrer le virus, (celle-ci est fonction notamment du nombre de contacts sexuels, de la fréquence de changements de partenaires, du nombre de personnes infectées dans la population) et d'autre part, lorsqu'il y a une rencontre, la probabilité qu'il soit transmis, (celle-ci est fonction notamment de l'état des muqueuses génitales).

La grande fréquence de comportements sexuels à risque en Afrique voit son effet encore augmenter par le fait que le risque est d'autant plus grand que la prévalence est élevée. De plus,

des M.S.T. concomitantes sont fréquemment présentes. Or une M.S.T. chez la personne séropositive augmente la charge virale dans ses sécrétions sexuelles, et une M.S.T. chez la personne séronégative augmente sa susceptibilité à l'infection.

Les troubles politiques qu'ont vécus et vivent encore plusieurs de ces pays ont probablement aggravé encore l'épidémie ?

Très certainement, la transmission est liée aux comportements sexuels, mais ceux-ci ne sont pas tributaires des seuls facteurs culturels, ils sont également fortement influencés par la situation socio-économique. L'instabilité politique ne permet l'installation d'aucun environnement préventif. Les migrations de populations, les comportements des groupes armés, sont souvent des facteurs extrêmement aggravants.

Et, même en dehors des zones de conflits, la migration vers les villes d'hommes seuls, éloignés pour de longs mois de leur famille, à la recherche d'un travail, crée une importante demande de services sexuels. D'un autre côté, beaucoup de femmes dépourvues de tout autre