

Lieu: Musée de la Médecine de l'Hôpital Erasme (ILB), route de Lennik 808 à 1070 Bruxelles.

Prix: 800 francs en prévente, 1000 francs sur place.

Renseignements: SISAHM, rue de la Ferme 13, 1210 Bruxelles, tél/fax 02/219.49.78.

Assuétudes

Bruxelles

Octobre, novembre, décembre 1996

Module de formation organisé par Infor Drogues, destiné aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire.

Calendrier:

- jeudi 17.10.96 de 9h15 à 12h
- mardi 22.10.96 de 9h15 à 12h
- jeudi 07.11.96 de 9h15 à 12h
- jeudi 21.11.96 de 9h15 à 12h
- jeudi 05.12.96 de 9h15 à 12h.

Clôture des inscriptions le 30.09.96.

P.A.F.3.800 francs.

Animateurs: Azadeh Banaï, Patricia Seunier et Nicolas du Bled.

Renseignements: 02/534.14.01, rue de Tamines 8, 1060 Bruxelles.

Communication - tabagisme

Charleroi

Octobre, novembre, décembre 1996

Deuxième partie du programme de formation organisé par Educa-Santé.

Module A: la communication en trois dimensions

- la communication interpersonnelle, par Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et communication;
- la communication raisonnée, par Jean-Paul Flament, directeur de Groupe d'Appui aux Projets;
- la communication médiatique, par Philippe Mouchet, consultant en communication.

Calendrier: les mercredis 6 novembre, 13 novembre, 20 novembre et 4 décembre 1996, de 9h30 à 17h.

Prix: 8.000 francs.

Module B: élaborer un programme de gestion du tabagisme

par Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et communication.

Calendrier: les mardis 15 octobre, 22 octobre et 12 novembre 1996 de 9h30 à 16h30.

Prix: 3.750 francs.

Module C: prévention du tabagisme auprès des jeunes

par Axel Roucloux, consultant en éducation pour la santé et communication.

Calendrier: vendredi 22 novembre, jeudi 28 novembre et jeudi 12 décembre 1996 de 9h30 à 16h30.

Prix: 3.750 francs.

Module D: formation à la tenue d'une consultation pour l'aide au sevrage tabagique

Volet 1: l'aide aux fumeurs, par José Hubert, responsable du Centre d'Aide aux Fumeurs de Charleroi.

Calendrier: les jeudis 3, 10, 17, 24 et 31 octobre 1996, de 14 à 16h.

Volet 2: les méfaits du tabagisme actif et passif sur la santé, par le Dr Jean Lecomte, pneumologue au Centre d'Aide aux Fumeurs de Charleroi.

Calendrier: jeudi 14 novembre, mardi 19 novembre et jeudi 21 novembre 1996, de 14 à 16h.

Prix: 5.500 francs.

Pour tout renseignement: Karine Roisin ou Yves Dario, Educa-Santé, boulevard Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29, fax 071/31.82.11.

La Louvière

23 et 24 octobre 1996

Journées portes ouvertes organisées par la Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé du Hainaut Centre, rue A. Chavée 62, 7100 La Louvière, tél. 064/22.85.84.

Publics-cibles: enseignants, futurs enseignants, élèves, relais, professionnels de la santé... de la région du Centre et de Mons-Borinage.

Collaborations internationales

Aux équipes actives en promotion et éducation pour la santé de la Communauté française de Belgique.

A la demande de la Commission de l'Union européenne et de l'Union Internationale de Promotion et Education pour la Santé, M. Andrien (Ulg CERES), A. Deccache (UCL RESO) et D. Piette (ILB PROMES) répondent à un questionnaire concernant les collaborations internationales en éducation et promotion de la santé (à l'exclusion des contacts ponctuels mais y compris l'organisation de séminaires, les projets d'intervention ou de recherche, l'élaboration de matériel,...).

Un questionnaire sur ce thème a été diffusé avec l'aide du Centre de Coordination Communautaire.

Si toutefois vous n'avez pas reçu ce questionnaire et que vous désirez inclure votre projet international dans l'inventaire, contactez Mme N. Chaoui (par tél. 02/555.40.81 ou par fax 02/555.40.49).

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Jean-Benoît Dufour, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.300 exemplaires.

Diffusion: 2.000 exemplaires.



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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53.

Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Education

SANTÉ

Stratégie

Le budget santé de la Communauté française de Belgique par Jean-Luc Noël p. 2

Réflexions

Les toxicomanies dans le champ judiciaire par Pascale Jamoulle et Gauthier Duyck p. 4

Locale

De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé par Rachel Hannet et Reine-Marie Hanoul p. 9

Initiatives

Les cuisines-rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé par Xavier Lechien et Sophie Bourlet p. 10

Fenêtres ouvertes sur l'Ecole 'en santé' par Jean-Benoît Dufour p. 15

L'Observatoire de la Santé du Hainaut change de cap par Luc Berghmans et Geneviève Houlioux p. 16

Ampli Junior peint la santé par Véronique Janzyk p. 18

L'ART DU BIEN MANGER

... c'est consommer tous les jours au moins un aliment de chacun des groupes et varier ses choix au sein de chaque groupe

Document ICAN (Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition)

La base de l'éducation nutritionnelle

p.22

Nos deux suppléments :

- Dépliant Provac 'Bien vacciné à 11-12 ans?'
- Le Journal du Réseau Actions Sécurité n° 7

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.



Je vous prête le bonjour(*)

A de nombreuses reprises il m'est apparu combien les budgets de la Communauté française étaient sources d'interrogations pour les acteurs de terrain. Autre préoccupation: que recouvraient donc ces mots barbares tels que Division organique, allocation de base ou les "codes secrets" 33.02, 12.42, etc.

C'est donc à l'un des bastions de notre langage administratif que je vous propose de vous initier aujourd'hui, prenez vos provisions car le menu est assez indigeste...

Afin de tenter de rendre plus compréhensible le budget de la Direction Générale de la Santé, il est peut-être opportun de rappeler très brièvement les quelques grands principes qui régissent le budget de l'Etat et donc, mutatis mutandis, le budget de la Communauté française. Il s'agit ici bien évidemment d'une simplification extrême, nous renverrons les puristes à leurs cours d'économie et de droit.

Considérations générales

Le Budget de l'Etat est un acte législatif par lequel toutes les recettes et dépenses d'une période déterminée sont évaluées et autorisées. Il s'agit:

- d'un acte politique: le gouvernement traduit en termes financiers son programme politique pour un exercice;
- d'un acte législatif: le budget est une loi formelle;
- d'un acte annuel;
- d'un acte pris dans le cadre de la fonction administrative de l'Etat;
- d'un acte d'évaluation: c'est une estimation;
- d'un acte d'autorisation et d'habilitation à procéder aux dépenses et à recouvrer les recettes prévues;
- d'un acte financier.

Quelques principes budgétaires généraux

- l'Annualité. Le budget ne concerne que les recettes et les dépenses d'un exercice budgétaire;

- la Spécialité. Le budget reprend séparément toutes les recettes selon leur origine et toutes les dépenses selon leur nature;

- l'Universalité. Toutes les recettes et dépenses, sans aucune exception, doivent figurer au budget;

- la Publicité. Le budget est une loi formelle et est donc discuté à la Chambre (ou au Conseil de la Communauté française) et publié au Moniteur belge;

- la Non-destination ou non-affectation des recettes. Une recette déterminée ne peut être affectée à une dépense déterminée;

- l'Unité de caisse. Les recettes de l'Etat sont centralisées dans une seule caisse qui doit pourvoir à toutes les dépenses.

Chaque année, le Budget de la Communauté française est établi par les Administrations et les Cabinets politiques, proposé par le Gouvernement, voté par le Conseil de la Communauté française et publié au Moniteur.

Techniquement, le budget de la Communauté française est réparti en 6 secteurs: Cabinets du Gouvernement, Secrétariat général, Infrastructure, Culture et Communication, Sport, Santé.

Chaque secteur comprend des **Divisions organiques** numérotées (D.O.). Le secteur santé comporte quatre divisions organiques:

- DO 21 Affaires générales
- DO 22 Médecine préventive
- DO 24 Inspection médicale scolaire
- DO 25 Enfance.

Chaque Division Organique comprend à son tour des **Allocations de base** (A.B.), elles aussi numérotées et éventuellement encore subdivisées en Postes. L'Allocation de base définit un budget mais également un mode d'utilisation, par exemple des subventions (numérotation AB 33.***) ou marchés (numérotation AB.12.**).

Le budget du secteur santé

Les chiffres ci-dessous sont ceux du budget 1995. Ils sont arrondis par souci de lisibilité.

Le budget du secteur santé avoisine les 5,5 milliards, dont la plus grande partie est immédiatement rétrocédée à l'Office de la Naissance et de l'Enfance soit 4,4 milliards. Le budget de l'ONE comprend 3,5 millions pour le service aux éducateurs.

Les autres budgets les plus significatifs sont, par ordre décroissant:

- l'Inspection Médicale Scolaire (550 millions);
- l'Agence de Prévention du SIDA (140 millions);
- les programmes éducatifs, préventifs et de dépistage, de promotion de la santé et de lutte contre la maladie (120 millions = A.B. " 33.02 "). Les postes principaux en sont la FARES (44 millions, comprenant théoriquement 3,5 millions pour le service aux éducateurs), la prévention des cancers (20 millions), l'éducation pour la santé (16 millions), les anomalies congénitales (23,5 millions), le dépistage (10 millions) et enfin la prévention en santé mentale (5 millions);
- l'éducation pour la santé (A.B. 33.03: 108 millions) dont les postes sont les Services aux éducateurs (60 millions), les CLC (22 millions), le CCC (5,5 millions) et les Programmes recommandés par la Cellule Permanente Education pour la Santé (20,5 millions);
- la subvention à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (44 millions);
- la vaccination (50 millions);
- les centres de vacances (38 millions);
- la prévention des toxicomanies (A.B.33.07: 30 millions);
- les dépenses en matière d'éducation pour la santé (A.B. 12.42: 10 millions pour des marchés);
- la politique de l'enfance (10 millions)...

Assuétudes Bruxelles

Septembre et octobre 1996

"Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème?", cycle de formation à l'intention des travailleurs médico-sociaux en entreprise.

Organisateur: Santé et entreprise ASBL.

Contenu de la formation: information théorique sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies; sensibilisation à l'approche systémique de ces problématiques; étude des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues dans l'entreprise; formation à la relation d'aide; information sur les ressources institutionnelles.

L'animation est assurée par M. Bauwens, psychologue, thérapeute familiale, formatrice et directrice de Santé et entreprise; V. Foucart, psychologue, animatrice et collaboratrice de Santé et entreprise.

Dates: les jeudis 19 et 26 septembre, 3, 10 et 17 octobre 1996, de 9h30 à 16h30.

Prix: 8.500 francs pour une personne de l'entreprise, 7.500 francs pour deux personnes, 7.000 francs pour trois participants et plus (7.000 francs si les frais de participation ne sont pas pris en charge par l'entreprise).

Renseignements: Santé et entreprise, rue Fontaine d'amour 11, 1030 Bruxelles, tél. 02/215.61.45.

Cancer Bruxelles - Liège

De septembre à décembre 1996

Cancer et Psychologie propose des séminaires de formation à l'accompagnement psychologique du malade cancéreux, destinés aux soignants.

Programme:

A Bruxelles:

- soirée d'information: mercredi 19.09 à 20h15;
- formation de base: 29.09, 13.10 et 10.11;
- formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie: 7 et 8.12;
- formation continue: pour les institutions et organismes 4 fois par an, dates à convenir;
- groupes de supervision collective pour professionnels: dates à convenir;
- supervisions individuelles: séances à la demande.

Renseignements et inscriptions: avenue de Terwueren 215, 1150 Bruxelles,

tél. 02/735.16.97 (tous les jours de 10 à 12h).

A Liège

- soirée d'information: jeudi 3.10 à 20h15;
- formation de base: 10, 17 et 24.11.
- écouter et répondre: 7 et 14.12.
- formation continue: pour les institutions et organismes 4 fois par an, dates à convenir;
- groupes de supervision collective pour professionnels: dates à convenir;
- supervisions individuelles: séances à la demande.

Renseignements et inscriptions: rue des Augustins 55, 4000 Liège, tél. 041/21.10.99.

Cancer Bruxelles

24 septembre 1996

Symposium d'information grand public "Cancers du sein: le point sur le dépistage, les traitements et la recherche".

Organisateur: Oeuvre Belge du Cancer.

Date: le mardi 24 septembre de 14 à 17 heures.

Lieu: Palais des Congrès de Bruxelles, Coudenberg 3, 1000 Bruxelles.

Prix: 200 francs avant le 15 septembre, 500 francs sur place.

Renseignements: Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.11, fax 02/225.82.90.

Alimentation La Louvière

Du 25 septembre au 18 décembre 1996

Ateliers Superfit, 12 séances hebdomadaires de thérapie comportementale de l'obésité de l'enfant. Une initiative de la Mutualité Socialiste du Centre et de Soignies, des Femmes Prévoyantes Socialistes, d'Ampli Junior et du Centre Hospitalier Universitaire du Tivoli, où les ateliers auront lieu.

Renseignements: Ampli Junior, rue Ferrer 114, 7170 La Hestre. Tél.: 064/27.94.15.

Mort Bruxelles

Octobre et novembre 1996

Cycle de formation: "L'accompagnement des malades, l'écoute, la mort, le deuil", par Karin Lenchant, psychologue clinicienne et psychothérapeute.

Public: toute personne en contact avec des personnes malades et qui souhaitent améliorer la qualité de la relation et de l'accompagnement.

Lieu: C.E.P.C.R., boulevard Edmond Machtens 135 bte 3, 1080 Bruxelles.

Dates:

l'écoute: les samedis 5, 12 et 19 octobre 1996;

la mort: le samedi 26 et dimanche 27 octobre 1996;

le deuil: le samedi 16 et dimanche 17 novembre 1996

de 9h30 à 17h.

Prix: 1500 francs par journée.

Renseignements et inscriptions: C.E.P.C.R., tél. 02/414.69.90.

Tournai

16 et 17 octobre 1996

Journées portes ouvertes organisées par la Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé du Hainaut ouest, rue de Cordes 9, 7500 Tournai, tél. 069/22.15.71.

Publics-cibles: enseignants, futurs enseignants, élèves, relais de terrain intéressés par la promotion de la santé.

Promotion de la santé - milieu défavorisé Tournai

17 octobre 1996

Information-débat: Tous acteurs de la santé, par le Professeur Jean-Pierre Deschamps (Université de Nancy, Union Internationale de Promotion et Education pour la Santé).

Organisateurs: Mutualité chrétienne de la région de Tournai, Vie Féminine, Centre de Santé Libre de Tournai, Centres PMS Libres de Tournai.

Date: jeudi 17 octobre 1996 à 20 heures.

Lieu: Maison de la Culture de Tournai.

Prix: 50 francs.

Renseignements: Mutualité Chrétienne de Tournai, Guy Delobel, tél. 069/25.62.11.

Handicap mental Bruxelles

18 octobre 1996

Le SISAHM (Service d'Insertion Sociale pour Adultes ayant un Handicap Mental) organise, pour fêter son dixième anniversaire, un forum intitulé "Du neuf pour un plus - déficience mentale et initiatives novatrices dans l'union européenne".

Date: vendredi 18 octobre 1996 de 8h30 à 18h.

Ce dossier est édité par la Commission des Communautés Européennes, le Conseil de l'Europe et l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'Ecole de Santé Publique de l'ULB pourra, en tant que coordinateur du projet, vous fournir de nombreuses informations concernant ce dossier, à l'adresse suivante: route de Lennik 808, 1070 Bruxelles. Tél. 02/555.40.81. ■

■ Malades ici, venus d'ailleurs



Même en faisant preuve de bonne volonté, la compréhension de la plainte de l'autre peut s'avérer difficile. Les études de médecine, d'infirmière, d'assistant social sont inscrites dans la culture qui les organise. Par conséquent, il y a tout un substrat culturel occidental qui nourrit les diagnostics et codifie les plaintes, la plupart du temps au détriment de l'empathie dont le praticien pourrait faire preuve vis-à-vis de son patient. Pour communiquer avec un patient étranger, il faut d'abord comprendre ses références culturelles sans pour autant les juger.

Au travers des 5 thèmes suivants:

- l'éducation sexuelle, la grossesse, la contraception,
- l'alimentation,
- la fatigue,
- la santé mentale,
- la maladie, la fièvre,

le lecteur peut prendre conscience de la rencontre de deux modes de pensée qui deviennent significatifs lors-

qu'ils sont replacés dans leur contexte culturel.

L'ASBL "Résonances" en donnant la parole à des hommes et des femmes qui souffrent ici mais qui viennent d'ailleurs poursuit deux objectifs: d'une part, l'information et la réflexion ouverte sur les représentations sociales et culturelles du public concerné en valorisant l'analyse et l'émergence des savoir-faire des populations étrangères en matière de santé; d'autre part, promouvoir auprès des professionnels de la santé une démarche de compréhension et de rencontres interculturelles.

Malades ici, venus d'ailleurs, peut-on les comprendre?, par Latifa Es Lafti, préface de Tobie Nathan, brochure disponible au prix de 150 FB chez Résonances; rue Soeurs de Hasque 9, 4000 Liège. Tél. 041/25.13.55. ■

■ Méditation sur la migraine

Enormément de personnes souffrent de migraine, souvent sans en comprendre l'origine et parfois sans parvenir à en convaincre leur entourage. Pourtant, ce mal est bien réel.

Quels sont les différents types de migraine? Quand et pourquoi survient-elle? Comment la traiter?

Telles sont les questions auxquelles Olivier Sacks répond. C'est un livre de médecin, puisque l'auteur y décrit les circonstances d'apparition d'une migraine et les formes qu'elle peut revêtir. Mais à partir de son expérience, il montre que la migraine, pour être comprise et traitée dans sa totalité, doit être aussi considérée comme un événement d'ordre affectif: il s'agit donc de savoir à quoi elle sert.

Par cette question novatrice, Sacks accède à l'arrière-fond méconnu du symptôme migraineux. Forme particulière de réaction à la menace, la migraine devient un phénomène qu'il faut comprendre pour le faire disparaître: constatation qui amène à élaborer une thérapeutique tout autre.

Ce livre intègre les résultats de la recherche scientifique des dix dernières années concernant le traitement spécifique de la migraine.

SACKS O., *Migraine. Diagnostic, causes, traitements*, Paris: Ed. Seuil, 1996, 439 pages, 130FF. ■

■ Sécurité/Insécurité sociale

Commemorant à sa manière le cinquantenaire de la Sécurité Sociale, la revue française Prévenir consacre son 29^e numéro à une interrogation sur les fondements de la protection sociale conçue comme élément d'une politique.

Comment tenter de définir le social; quelle est la capacité actuelle de l'Etat, à travers les prérogatives régulatrices qui sont les siennes, à gouverner l'insécurité sociale; comment s'articulent aujourd'hui les termes: travail, salariat, et protection sociale; quels choix pour le financement de la protection sociale; comment redonner sens à la démocratie sociale... Tels sont les principaux thèmes abordés dans ce nouveau dossier.

A signaler aussi un article de Jean-Pierre Deschamps consacré à une rétrospective des liens entre assurance maladie et prévention.

Sécurité/Insécurité sociale, Prévenir, n°29, 176 pages, 130FF.

Prévenir est édité par CVM (coopérative d'édition de la vie mutualiste), B.P. 92, F-13362 Marseille cedex 10, tél. 91.23.40.78. ■

■ Le dépistage chez l'adulte

"Pour promouvoir, protéger et restaurer la santé, les soins médicaux ne suffisent pas, car ils se placent au niveau de l'individu. Il est donc nécessaire de compléter l'action individuelle par une action collective dirigée principalement vers la prévention.

La prévention comporte une série d'actions, parmi lesquelles se trouve le dépistage qui, à la différence du diagnostic, est une démarche populationnelle. (...)"

Un nouveau numéro dans la collection Que Sais-je est paru: il passe en revue les actions de prévention et les possibilités de dépistage d'un certain nombre de maladies infectieuses, de cancers, de maladies cardio-vasculaires, de troubles du comportement,... Il fait aussi le point en quelques pages sur la situation du dépistage en France.

LA ROSA E., *Le dépistage chez l'adulte*, Paris: Presses Universitaires de France, 1996, (Que Sais-je? n°3154), 127 pages. ■

Des investissements "non visibles" s'ajoutent à ces budgets santé, comme par exemple la tenue des statistiques de naissances et décès.

Il est utile de préciser que tous ces budgets ne permettent pas les mêmes marges de manoeuvre: le budget régleménté de l'Inspection Médicale Scolaire, par exemple, couvrant des salaires, est très peu flexible. Les 10 millions consacrés aux marchés, c'est-à-dire à des commandes, ne peuvent être utilisés pour des projets...

Toute subvention supérieure à 125.000 FB doit être visée par l'Inspection des Finances qui en contrôle la conformité et la légalité budgétaire. Cet organe, indépendant de la Communauté française, est attaché au Ministère des Finances. L'affectation d'un budget est donc très étroitement balisée.

■ La prévention, l'argent et puis...?

L'article "Programmes subventionnés en 1995" paru dans la revue Education Santé n° 108 de juin 1996, m'amène à faire quelques réflexions.

Je suis étonnée du montant des subventions distribuées pour l'éducation à la santé car je crois réellement que cet argent est mal dépensé.

Un exemple par rapport à deux thèmes: depuis de nombreuses années, des programmes ont pris comme axe les caries et l'alimentation. Je serais curieuse de connaître le montant total des budgets alloués à ces thèmes. Pour quels résultats? Lors des visites médicales que nous réalisons dans les écoles, nous ne constatons aucune amélioration: il y a toujours autant de caries et les enfants mangent toujours aussi mal!

Alors, à quoi cela sert?

- A donner bonne conscience?
- A faire vivre des ASBL et à maintenir des emplois?

Au moins 170 millions

En résumé, "notre" budget éducation pour la santé est donc l'Allocation de base 33.03 dépendant de la division organique 22 mais, comme on le voit, d'autres allocations participent au financement d'une politique d'éducation pour la santé (notamment via l'AB 33.02).

Dégager ce qui est spécifiquement "éducation pour la santé" n'est donc pas très facile mais on peut néanmoins l'estimer à un minimum de 170 millions. A ceci s'ajoutent d'autres moyens plus difficiles à chiffrer, comme par exemple l'attribution de temps d'antenne gratuit à la radio et à la télévision pour les campagnes audiovisuelles de promotion de la santé...

Il est également important de signaler que le budget est régulièrement éva-

lué en cours d'année et que, si besoin est, des ajustements budgétaires peuvent intervenir; il est alors beaucoup plus facile de réduire les budgets non affectés. En éducation pour la santé, cela concerne surtout les programmes d'action ou de recherche. C'est la raison pour laquelle nous insistons tellement pour recevoir les projets le plus tôt possible!

Enfin, si vous êtes parvenus à la fin de cet article, nous pouvons encore vous signaler que la réorganisation des Ministères ou l'arrivée du nouveau décret de Promotion de la Santé sont des éléments susceptibles de modifier profondément la structure budgétaire actuelle. A suivre, donc...

Jean-Luc Noël, DG Santé ■

* Réplique d'Harpagon dans 'L'Avare' de Molière

gé que dans le long terme et non en action ponctuelle. Ce travail nécessite des compétences en matière relationnelle et psychologique (au sens large).

Ce secteur de formation est développé depuis de nombreuses années par le Centre de Formation pour le personnel technique des Centres P.M.S. de la Communauté française (exemples de formations: l'entretien selon Carkhuff, l'analyse systémique, l'analyse transactionnelle, programmation neuro-linguistique, neuropédagogie,...).

Les infirmières des Centres P.M.S. ont la possibilité de travailler dans la "durée" et peuvent, sans trop de difficultés, mobiliser leurs collègues psychologues lorsque le thème le nécessite.

Josette Samray, Chef de travaux au Centre de Formation pour le personnel technique des Centres P.M.S. de la Communauté française ■

■ La question des toxicomanies dans le champ judiciaire

Après la présentation générale d'une étude transfrontalière sur les toxicomanies complétée par un texte sur les aspects spécifiques de la prévention des assuétudes (Education Santé n° 107, mai 1996, pages 4 à 7), après un deuxième portant sur les pratiques curatives (Education Santé n° 108, juin 1996, pages 10 à 12), nous terminons aujourd'hui par les aspects judiciaires.

Cette question a été développée par le CPAS de Charleroi dans le cadre d'un vaste programme toxicomanie de coopération transfrontalière franco-belge: Pacte-Interreg I.

Dans la province du Hainaut, 45 représentants du champ psycho-médico-social¹ et 13 intervenants du champ judiciaire² ont participé à une recherche action endoformatrice³ sur les questions de l'évaluation qualitative de leurs pratiques. Ils ont, au cours d'entretiens semi-directifs, analysé leur expérience professionnelle, les réalités locales auxquelles ils sont confrontés et des questions globales liées à la prévention, aux aspects curatifs et judiciaires. Cette méthode de recherche s'est avérée pertinente pour analyser un phénomène aussi complexe que la toxicomanie; elle a permis de faire émerger les univers mentaux et symboliques, les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels les pratiques professionnelles se structurent.

Les entretiens ont eu lieu dans le cadre de travail des interviewés. Les comptes rendus d'entretien ont été renvoyés pour validation. Il a été tenu compte de toute modification demandée. Un rapport final a été conçu à partir d'une lecture transversale des interviews.

Nous traiterons plus particulièrement, dans cet article, des représentations des opérateurs quant aux aspects judiciaires connexes aux problématiques de drogues.

Ne se trompe-t-on pas de cible?

Les intervenants font une série de constats généraux concernant le champ judiciaire belge: la guerre des

polices déforce l'efficacité répressive, l'appareil judiciaire est sous-équipé et le nombre de magistrats insuffisant, le retard au rôle crée de multiples dérives (classements sans suite inadéquats, sensation d'impunité de certains prévenus, détentions préventives de plus en plus longues,...), le système pénitentiaire est à la limite de l'explosion sociale.

Ces constats de carence ou de difficultés de gestion font dire à certains intervenants qu'un audit du fonctionnement de la justice s'impose pour éviter que la situation ne se détériore davantage. Cette proposition a d'ailleurs été relayée dans la presse par un procureur, il y a peu.

Outre ces constats globaux, dans la région carolorégienne, le renforcement des politiques de répression à haute visibilité (harcèlement, quadrillage,...) qui visent les bases des pyramides mafieuses (consommateurs et petits vendeurs) dans le but de "remonter les filières" a créé ces dernières années une sur-inflation de petits dossiers stupés sans pour autant diminuer l'intensité du trafic (seuls des déplacements de foyers ont été constatés). Or les parquets n'ont reçu aucun moyen pour y faire face, leur capacité de traitement des dossiers reste la même.

Les politiques de harcèlement n'ont donc créé, dans ce contexte, qu'un retard au rôle supplémentaire⁴. Elles ont multiplié les classements sans suite, allongé les détentions préventives et sur-engorgé les prisons.

Beaucoup d'opérateurs se demandent pourquoi les choix hennuyers ne se sont pas portés sur la lutte contre la criminalité économique et financière qui soutient et alimente le commerce de drogue. Si le dispositif de harcèlement a été considérablement renforcé, aucun moyen supplémentaire n'a été donné à la répression des délits des "cols blancs". Les effectifs d'enquêteurs spécialisés n'ont pas non plus été renforcés. Il y aurait pourtant là un mode d'investigation incontournable. La circulation de la masse monétaire issue du commerce de drogue dans le district carolorégien est estimée par la gendarmerie à un mini-

mum de 5,5 milliards par an. L'application de la loi sur le patrimoine qui permet au juge, depuis 1990, de faire dresser l'inventaire du patrimoine criminel et de prononcer la confiscation des biens acquis par le trafic de stupéfiants pourrait permettre de mieux connaître la destination des fonds gérés par les associations mafieuses. Certains opérateurs estiment également que le droit fiscal, en matière de lutte contre le commerce de drogues, serait parfois d'une efficacité supérieure à celui du droit pénal. Le renforcement ou la création de cellules financières spécialisées aurait, dans la région, toute son importance.

Les intervenants soulèvent aussi d'autres questions plus spécifiquement liées à l'application de "la circulaire Wathélet". Depuis juin 93, cette directive du collège des procureurs généraux prône, pour les prévenus "usagers de drogues" (infractions mineures à la loi de 75), l'application de la médiation pénale.

Les parquets hennuyers ont décidé de ne pas proposer aux usagers de drogues cette mesure qui permet une extinction de l'action publique en 6 mois. Ils utilisent exclusivement les contrats judiciaires, une pratique judiciaire de fait qui permet de garder sous contrôle des prévenus pendant des périodes qui peuvent aller jusqu'à 5 ans. Certains opérateurs ne comprennent pas cette position des parquets, ils estiment que la médiation pénale devrait être proposée aux usagers de drogues qui ont commis des infractions mineures, au même titre qu'aux autres citoyens.

¹ Travailleurs sociaux, psychologues, médecins généralistes, psychiatres,...

² Tous les substituts hennuyers qui ont les dossiers toxicomanies en charge, des agents de probation, des fonctionnaires de police et de gendarmerie.

³ L'évaluation endo-formatrice est un mode d'action sociale qui implique les différents acteurs concernés par la matière à évaluer. Les processus de réflexion et de concertation mis en oeuvre par l'évaluation collective deviennent alors des instruments d'action.

⁴ Au parquet de Charleroi où la priorité est donnée aux dossiers pour lesquels une détention préventive a été prononcée, le délai entre le délit mineur et l'incarcération va jusqu'à quatre ans.

■ Les groupes d'entraide, leurs pratiques et leurs attentes

La pratique de l'entraide ou du self-help au sein des groupes organisés s'est développée en Belgique francophone depuis plusieurs années. La diffusion de l'information sur l'existence des groupes, la promotion de leur rôle ont permis au grand public comme aux professionnels de santé de mieux les connaître et de les rejoindre ou d'accompagner leur action. Toutefois, le développement du phénomène du self-help est loin d'être comparable à ce qu'il est dans les pays anglo-saxons, et même dans la partie néerlandophone du pays.

Dans son rapport d'activité 94, le Service Promotion Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, service d'assistance aux groupes d'entraide, affirmait sa volonté de "réinterroger le concept dans sa logique, sa nature et ses contours". Une enquête de terrain composée d'entretiens sur les pratiques et attentes des groupes a essayé d'apporter des éléments propices à cette réflexion.

Réalisés du 5 octobre au 15 décembre 1995, ces entretiens avec les responsables principaux ou simples correspondants d'un échantillon de groupes, témoignent de la richesse de leurs approches et de leurs réflexions. Les auteurs de l'enquête ont voulu préserver au maximum la teneur de leurs propos, en ne leur confisquant pas la parole au profit mal acquis d'une analyse réductrice, schématisante.

Enquête sur les pratiques et les attentes des groupes d'entraide en Communauté française de Belgique, 1995, 55 pages.

Service Promotion Santé LINMS, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.05.85, fax 02/515.02.07. ■

Quelques éléments de conclusion, résumant l'ensemble des entretiens...

"* La démarche des groupes se caractérise d'abord par une grande cohérence. De leur création au stade actuel, le développement des groupes se fait de manière linéaire, réfléchi. Les finalités ne sont jamais perdues de vue, les limites bien circonscrites. (...)"

* Avant d'être un lieu, un nombre, un fonctionnement, le groupe est principes, voire règles, objectifs voire finalités. Bref, une éthique, une vraie, au service de laquelle se mettent individus et moyens matériels. Tout au long des entretiens sont clairement réaffirmés l'indépendance de l'individu, le respect de son intégrité, le choix de l'écoute sans jugement, de l'information sans conseil, de l'orientation sans détermination. S'y ajoute une déontologie, vertu professionnelle qui honore des profanes.

* Ce qu'on nomme communément "éducation à la santé" est bien davantage perçu par les groupes comme une éducation à la vie. Apprentissage de soi et des autres, relativisation de la performance et de la "réussite", valorisation de la solidarité et de la responsabilité: autant d'acquis dont individu et groupe s'enrichissent mutuellement. Autant de "leçons" qui rendent un peu dérisoire la sempiternelle opposition entre préventions primaire et secondaire, entre réhabilitation et éducation à la santé. (...)

* Cette éthique et ces apprentissages font des individus composant le groupe de véritables experts de leur vécu. Qualité que la plupart se reconnaissent, et qu'ils ne cherchent d'ailleurs pas à opposer au professionnel de santé pour l'exclure du champ d'intervention de leur propre combat. Avec infiniment de lucidité et d'humilité, nombre de personnes interrogées expliquent qu'elles mettent avant tout cette expertise au service de leurs pairs, comme modèle existant ou force en devenir. Reste que cette question occupe une place centrale dans l'enquête: les groupes souffrent de l'infériorité, voire du mépris dans lequel les tiennent beaucoup de médecins. "Cette relation patients-médecins, c'est un amour non partagé", estime Aristide Steinhart, vice-président de l'Association Parkinson Belge et depuis longtemps associé à la réflexion sur l'évolution du self-help. "Vis-à-vis de la médecine, les gens sont dans le doute, la méfiance, la suspicion. Les autres professionnels de santé servent d'exutoires à cet amour non partagé". (...)"

Extrait de "Enquête sur les pratiques et les attentes des groupes d'entraide en CFB", pp.46-48.

■ Le projet EVA

Le projet EVA est issu de l'European Network of Health Promoting Schools (ENHPS).

Les objectifs du projet sont les suivants:

- définir un consensus autour du concept de l'évaluation de la promotion pour la santé dans les écoles;
- promouvoir les méthodes et outils qui peuvent être employés pour l'évaluation des activités de promotion pour la santé;
- définir et tester de nouvelles méthodes et outils appropriés aux projets innovateurs dans ce domaine.

Ce projet ambitieux se concrétise aujourd'hui par un manuel, fruit de deux années de collecte de données européennes. Il constitue un cadre pour l'évaluation de la promotion de la santé dans les écoles.

Ce document épais, publié en anglais, reprend entre autres:

- la collecte des données préliminaires des rapports des pays participants au projet;
- la liste des activités et des outils d'évaluation de 34 réseaux nationaux;
- une définition de nouveaux outils pour l'évaluation des processus de la promotion pour la santé dans les écoles en fonction des méthodologies employées dans les classes, des curricula de développement et du management scolaire;
- la mise en place de programmes d'apprentissage pour l'évaluation et le développement d'outils d'apprentissage;
- une liste d'articles et de livres de références.

Ce manuel fournit un support d'évaluation à tous ceux qui sont impliqués dans l'introduction de projets novateurs dans les écoles.

Il ne s'agit pas d'un manuel exhaustif de méthodes d'évaluation mais plutôt d'un ensemble d'idées et de méthodologies. Les sept sections de ce rapport répondent à des questions aussi essentielles que: comment évaluer? avec quels outils? quand et comment utiliser des analyses statistiques? quels sont les concepts et les pratiques de la promotion pour la santé dans les écoles?

Imaginez un outil pour parler du sida

Impliquer les équipes travaillant avec des publics fragilisés dans un travail de prévention du sida adapté à leurs besoins, tel est l'objectif poursuivi par le projet mené par l'Agence de prévention Sida, en collaboration avec les Agences locales de prévention.

En novembre 1995, l'Agence de Prévention du Sida lançait un Appel aux projets "Imaginez un outil pour parler du sida" destiné aux équipes travaillant avec des jeunes qu'elles ressentent comme fragilisés.

Cette action a pour but de les encourager à concevoir un outil pédagogique de prévention du sida avec un groupe de jeunes et de recevoir jusqu'à 200.000F pour en réaliser le prototype.

"Imaginez un outil pour parler du sida" veut mettre en valeur la créativité des jeunes, afin de leur permettre d'exprimer leurs difficultés mais aussi leurs ressources face à la prévention du sida.

Il s'agit d'une occasion de prendre en compte leur langage, leurs modes d'expression, leur sensibilité, leur culture, leur talent,...

Rendre possible le dialogue

Suite à la diffusion du coffret pédagogique¹ dans toutes les écoles secondaires de la Communauté française, de nombreux intervenants ont interpellé l'Agence de prévention du sida.

Ils avaient le sentiment que les campagnes de prévention du sida réalisées et les outils disponibles ne s'adressaient pas à leur public.

Ils faisaient également part de leur sentiment d'être démunis pour aborder la question du sida avec des jeunes qu'ils perçoivent comme plus vulnérables face aux risques en général et au sida en particulier.

Un groupe de travail a alors été mis en place qui a confirmé l'incidence de telles situations de vulnérabilité sur la prise de risque.

Cette vulnérabilité semble trouver diverses origines :

* une situation socio-économique précaire qui rend la prévention du sida peu prioritaire pour quelqu'un qui envisage l'avenir avec difficulté;

* une situation de disqualification sociale (échec scolaire, décrochage, marginalisation) qui les empêche de croire en leurs propres ressources pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent (manque de confiance en soi, dif-

ficulté à prendre soin de soi);

* un accès limité à l'information ou une information "parasitée" (désinformation, rumeurs, positions idéologiques, religieuses,...);

* un contexte culturel qui rend la sexualité taboue et qui associe sida, déviance et punition;

* des raisons affectives et/ou culturelles qui rendent difficile de concilier amour et prévention;

* des raisons sociales, économiques et autres qui favorisent la multiplication de situations de risques, telles que la précocité des relations sexuelles, la multiplication des partenaires, l'usage d'alcool et/ou de drogues qui entraîne une perte de vigilance, la prostitution occasionnelle, les relations sexuelles vécues sur le mode de l'abus ou de la domination.

Impliquer, nécessairement

S'inspirant d'expériences menées avec ce public dans d'autres domaines, le groupe de travail a également confirmé l'importance d'impliquer les jeunes dans le projet de prévention du sida que l'on construit, de mettre en valeur leurs capacités de création, de les interpeller en leur donnant l'occasion de s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent et sur les solutions qu'ils envisagent pour y faire face.

Mais aussi, de recevoir des informations attractives et dans un langage adapté, d'avoir l'occasion de s'interroger sur les rumeurs et les fausses croyances, de mieux percevoir en quoi, eux aussi ils sont à risque, de réfléchir à ce qu'ils trouvent difficile dans la prévention du sida et à la valeur qu'ils accordent au risque.

Et encore, de retrouver confiance en eux-mêmes, d'être confrontés à des adultes qui croient en eux, ne les jugent pas et qui les encouragent à donner le meilleur d'eux-mêmes.

Etre entendu

Fin novembre, un dossier est envoyé aux institutions travaillant avec ces jeunes plus fragilisés, leur proposant de participer à "Imaginez un outil pour parler du sida".

Fin janvier, plus de 50 équipes rentrent un projet écrit de l'outil qu'elles avaient imaginé.

Ces projets émanent de différents types d'institutions telles que : Maisons de Jeunes, Homes, A.M.O., enseigne-

ment professionnel et spécial, CEFA, régie de quartier, foyer culturel etc.

Tous se sont investis et tous ont partagé notre enthousiasme vis-à-vis de ce projet.

Le 6 mars 1996, le jury s'est réuni afin de choisir les meilleurs projets. Un après-midi au cours duquel il y eut des choix difficiles à faire. En effet, tous les envois étaient intéressants à plus d'un titre.

Finalement, 18 projets ont été retenus: six vidéos, trois pièces de théâtre, trois jeux, trois bandes musicales, un roman photo, un livre et un projet multiple reprenant différents moyens de communication. Des projets qui ont été imaginés dans la quasi totalité des régions de la Communauté française.

Et après...

Les équipes gagnantes, grâce à la bourse qu'elles ont reçue, réaliseront le prototype de l'outil qu'elles ont proposé.

Pour les autres, leurs projets sont confiés aux Agences Locales qui pourront les aider à trouver une bourse locale.

Tous les outils réalisés seront repris dans un catalogue. Celui-ci permettra de concrétiser et de valoriser le travail des jeunes. Il présentera les auteurs, la genèse et le déroulement du projet ainsi que l'outil réalisé.

Ce catalogue sera diffusé en janvier 1997 dans toutes ces institutions travaillant avec des jeunes fragilisés. Il leur permettra de puiser des pistes de travail intéressantes pour pouvoir mettre en place un projet de ce type avec des jeunes.

Si le matériel le permet, autour du 1er décembre, nous organiserons une exposition/événement. Chaque équipe pourra ainsi voir les réalisations des autres, poser un regard critique. Cette confrontation pourra également favoriser un dialogue entre les différentes équipes.

Par ailleurs, les visiteurs pourront admirer la création et la réflexion des jeunes autour du thème du sida.

¹ Le coffret pédagogique a été diffusé en septembre 1992. Il est destiné aux écoles secondaires et rassemble des réflexions, des pistes de travail, des documents et des outils afin que chacun puisse y trouver une aide appropriée pour aborder la question du sida avec des jeunes entre 15 et 20 ans.

Les effets pervers de la prohibition

Bon nombre d'intervenants de première ligne qui ont participé à l'enquête interpellent également la société civile donc le législateur. Ils mettent en exergue les conséquences du cadre législatif belge qui prohibe l'usage⁵ :

■ 1. La transgression des interdits, "l'ordre du secret" et la prise de risques attirent particulièrement les adolescents. La prohibition peut agir dans ce contexte comme une véritable campagne publicitaire auprès des publics que les défis à l'autorité valorisent auprès de leur groupe de pairs.

■ 2. La distribution des drogues au marché noir a de multiples conséquences médicales et socio-économiques: absence de contrôle sanitaire sur les produits et les modes de consommation, coût excessif des substances, émergence d'une économie informelle, délinquance connexe antérieure ou postérieure à la toxicomanie, blanchiment des fonds issus du commerce, prises de participation dans des secteurs économiques, etc.

■ 3. Même si l'action judiciaire peut actuellement innover en proposant aux consommateurs des mesures de probation prétorienne⁶, tant que toute forme d'usage reste prohibée, le public toxicodépendant récidiviste encombrera le système pénitentiaire, y alimentera les problèmes de drogues et de surmédication et y subira des épreuves traumatisantes qui ne peuvent que provoquer des processus de marginalisation accrue. Le casier judiciaire est également un obstacle dans les processus de réinsertion sociale.

■ 4. La cause d'excuse absolue⁷, libellée dans la loi de 75, qui permet aux policiers de base et aux parquets de favoriser la délation entre pairs est à l'unanimité déplorée par les instances psycho-médico-sociales. Pour

les autorités judiciaires, cette cause permet à la justice d'obtenir de nouveaux noms et d'infiltrer le milieu. Pour les opérateurs psycho-médico-sociaux, elle permet à des instances légales d'opérer diverses pressions sur des individus particulièrement vulnérables voire d'instrumentaliser des sujets déjà aliénés par leur toxicodépendance. Généralement, outre les risques individuels inhérents à la délation, les dénonciations aggravent la mésestime de soi, détériorent la vie sociale de la personne et accélèrent les processus d'exclusion.

■ 5. Un fossé s'est creusé entre la loi et la jurisprudence, notamment en matière de répression de l'usage des drogues douces. Les substituts, chargés d'appliquer la loi, peuvent la rendre plus adaptée à l'évolution des connaissances, des valeurs et des modes de vie mais seul un cadre légal réactualisé peut garantir l'unification et la cohérence des pratiques. Il y va de la crédibilité de la justice.

Un débat public et une réflexion pragmatique sur ces sujets devraient s'ouvrir en Belgique, disent beaucoup d'intervenants de première ligne. Ils pensent qu'en dépénalisant, le législateur pourrait se donner un cadre qui lui permettrait:

- de réglementer effectivement l'usage des drogues (prix, distribution, qualité des produits,...);
- de mettre en oeuvre une véritable politique de prévention des consommations abusives;
- de réfléchir à de nouvelles modalités d'aide aux consommateurs dépendants.

Le nouveau décret qui déjudiciarise l'aide à la jeunesse nous donne un modèle qu'il peut s'avérer intéressant d'adapter aux adultes en décrochage social qui développent des conduites à risques. Pourquoi ne pourraient-ils pas bénéficier d'opportunités d'aide qui puissent s'apparenter à celles qu'offre le décret? La démarche de

soin sous contrainte judiciaire est dans bien des cas inopérante.

Il semble que si les usagers de drogues mettent si souvent en échec les opérateurs judiciaires, c'est aussi parce que le champ judiciaire ne peut traiter que les questions liées à l'interdit des produits et non pas celles du sens de ces produits dans l'histoire des sujets.

Les soignants reçoivent des populations de plus en plus précarisées de par leur histoire individuelle, familiale, scolaire, socio-économique et culturelle. La toxicodépendance serait une forme d'automédication contre l'angoisse et le mal de vivre. Que peut l'institution judiciaire contre l'angoisse et le mal de vivre? Est-ce de son domaine de compétence?

Les sommes considérables qui sont actuellement octroyées au harcèlement des usagers de drogues pourraient être investies dans des actions préventives en amont dont l'étude évaluative met en exergue les opportunités inexploitées.

Pascale Jamouille, Attachée de recherche de la cellule toxicomanie du CPAS de Charleroi ■

() Le lecteur intéressé trouvera des développements plus exhaustifs dans le rapport d'évaluation de l'étude disponible sur demande. Tél. 071/29.25.17.

Les sous-titres sont de la rédaction.

⁵ La consommation individuelle de substances stupéfiants n'est pas explicitement punissable par la loi. Néanmoins il est généralement admis que la consommation individuelle de ces substances est punissable puisqu'avant de les consommer l'auteur a forcément été en possession de celles-ci. Les P.V. des policiers de base concernent donc généralement l'acquisition, la détention et l'usage en groupe de substances illicites.

⁶ Ces mesures ne sont proposées qu'aux "dossiers primaires" (premier délit de même nature).

⁷ La cause d'excuse absolue permet aux autorités judiciaires d'octroyer une exemption de peine au prévenu qui dénonce des faits ou des auteurs de faits délictueux non connus de la justice.

Les deux mesures de probation prétorienne

Les contrats judiciaires

Le substitut du procureur du Roi peut, s'il l'estime opportun, proposer un contrat judiciaire aux prévenus usagers de drogues dans le cadre de la probation prétorienne, une pratique judiciaire de fait datant des années 50. Le prévenu a le "choix" entre un suivi psychomédico-social ou des poursuites judiciaires. Si l'usager accepte le principe du contrat, le substitut transmet directement son dossier à un service d'aide "interface" de son choix.

D'une manière générale les parquets hennuyers n'appliquent pas les contrats de la même façon ni aux mêmes publics:

A Mons, ces mesures ne sont utilisées que pour les dossiers primaires (premier délit de même nature). Elles sont surtout proposées à des personnes qui consomment ou qui vendent des drogues douces (80% des dossiers) ainsi qu'à quelques personnes en début de consommation (en fumette) de drogues dures. Les interfaces: le service de probation et l'antenne du CPAS Prélude.

A Charleroi, la cellule toxicomanie propose généralement des contrats aux consommateurs occasionnels ou avérés de drogues dures qu'ils aient ou non commis des faits de délinquance connexe. Les interfaces: le SAJFT (police de Charleroi) et Espace libre (Communauté française)

A Tournai, les contrats sont proposés aux personnes dont la dépendance aux drogues dures est avérée, y compris à celles qui vendent pour assurer leur propre consommation. Il n'y a pas d'interface. Lorsque le substitut propose un contrat judiciaire, un agent de la police de base remet au prévenu un formulaire pré-dactylographié.

Dans le meilleur des cas, pendant 6 mois, l'interface effectue un accompagnement personnalisé au cas par cas: soit lui-même soit en déléguant ce travail à une personne travaillant en privé (médecin, psy,...) ou à une structure publique d'aide (CSM, ...). Généralement l'objectif est de pouvoir offrir un accompagnement global.

Après 6 mois, un contrat judiciaire individualisé est formalisé avec le prévenu. Il comporte des clauses adaptées au projet de vie de la personne. Le contrat est présenté au procureur par le prévenu. Les conditions posées sont formulées sous forme incitative (ex: s'efforcer à suivre une formation, à trouver un travail, ...). L'interface as-

siste à l'entretien. Le procureur acte les termes du contrat. Le délai de mise à l'épreuve est généralement d'une année, passé cette période le dossier est classé sans suite. S'il n'y a pas de faits de récidive pendant une période de 5 ans, il disparaît du champ judiciaire.

La médiation pénale

La médiation pénale, instituée par la loi du 10/2/94, est un nouveau mode d'extinction de l'action publique par différents biais: la réparation sous formes d'excuses ou d'indemnisation, des travaux au profit de la collectivité ou l'injonction thérapeutique. Si les conventions entre les parties sont respectées, il y a radiation du dossier après le délai imposé généralement de 6 mois. Contrairement au contrat judiciaire le respect des clauses de médiation n'implique pas un classement sans suite⁸ du dossier mais une extinction pure et simple de l'action publique.

Si la circulaire Wathélet prône l'application des mesures de médiation pour les prévenus usagers de drogues, les substituts du ressort hennuyer ont collégialement décidé de ne pas la leur proposer.

8 Les dossiers classés sans suite peuvent être réactualisés pendant 5 ans en cas de faits de récidive ou de nouvelles présomptions.

Les usagers de drogues douces dans le champ judiciaire belge

La cellule toxicomanie du Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi opère actuellement un traitement statistique de l'ensemble des dossiers stups ouverts par le parquet de Charleroi en 93. Ce travail est loin d'être terminé mais certaines données quantitatives intermédiaires, déjà publiées, sont particulièrement intéressantes¹. La cellule a également réalisé en 94-95, une évaluation transfrontalière de la question des toxicomanies dans le Hainaut et dans l'arrondissement de Lille en collaboration avec une équipe de recherche française². Dans ce cadre, différents intervenants

du champ judiciaire ont été interviewés notamment sur la question de l'évaluation qualitative de leurs pratiques. Les extraits d'interviews et les statistiques repris dans l'article ci-dessous font partie des données explicitées dans les rapports de recherche.

Le traitement des dossiers des prévenus "usagers de drogues" dans le cadre légal belge

La consommation individuelle de substances stupéfiantes n'est pas explici-

tement punissable par la loi sur les stupéfiants (dite loi de 75) mais il est néanmoins admis que la consommation individuelle de ces substances est punissable puisqu'avant de les consommer, l'auteur a forcément été en possession de celles-ci. Aussi les procès verbaux des polices de base concernent généralement: l'acquisi-

1 Toxicomanie - immigration, rapport intermédiaire, G. Duyck, V. Tronquoy - CSM de la rue d'Angleterre, Charleroi. (Tél. 071/32 94 18).

2 Evaluation des dispositifs de prévention et de traitements des toxicomanies dans une optique comparative, Pascale Jamouille, Nadia Panunzi-Roger, CPAS de Charleroi, IRTS Nord Pas de Calais, 1995 (tél. 071/29 25 17).

* Faut-il interpréter la quantité des aliments en unité d'énergie ou de poids ?

* Comment refléter avec exactitude les proportions de quantités à la surface occupée sur le support? Dans ce cas, le groupe des boissons aurait pris une place gigantesque par rapport au groupe des matières grasses.

* Peut-on déterminer de manière générale la quantité d'aliments que doit consommer chaque individu?

Cela n'est guère possible. En effet, chacun d'entre nous doit satisfaire à

des besoins spécifiques, selon ses goûts, son âge, son sexe, son activité physique, son état de santé,... De toute évidence, chaque sujet a pour lui seul son propre régime alimentaire. Il serait donc contre-indiqué de proposer au public, ou même à deux personnes, les mêmes quantités d'aliments.

L'affiche sera bientôt complétée par une brochure, actuellement en cours de réalisation, qui donnera des informations plus détaillées sur "L'art du bien manger".

Nathalie Barbason, Diététicienne ICAN. ■

L'affiche "L'art du bien manger" (format 85/60) est disponible au prix de 200 francs.

Vous pouvez vous la procurer en vous adressant à l'ICAN, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Quai du Barbou 4, 4020 Liège. Tél : 04/344.78.25. Fax: 04/344.77.02.

Education du patient

Nouveautés

Ces supports ont fait l'objet, dans la mesure des possibilités, d'une démarche rigoureuse de conception et d'élaboration: analyse des besoins, définition du public-cible, des objectifs et des contenus, structuration de l'information, recherche graphique, test de lisibilité, test des outils auprès du public-cible et auprès de soignants...

De nombreuses heures de travail et beaucoup d'énergie ont été nécessaires pour créer ces outils afin qu'ils soient pertinents et attractifs, aussi bien pour les professionnels de la santé que pour les bénéficiaires de soins.

Notre souhait à présent est de faire connaître notre travail plus largement afin qu'il contribue à une information et une éducation adéquate du plus grand nombre possible de bénéficiaires de soins.

L'amniocentèse, cette inconnue

Ce dépliant a été réalisé en collaboration avec la Clinique Fondation Lambert et l'Association des Médecins de la Fondation Lambert.

Il a pour objectif de préparer au mieux les futures mères qui vont passer une amniocentèse. Il explicite le but de cet examen, ce qu'il faut prévoir avant l'examen, son déroulement et ce qui se passe après (les précautions à prendre, les résultats,...).

Promoteur : Mme F. Pyl.

Mieux gérer son capital-santé respiratoire

Il s'agit d'un carnet de suivi du traitement kiné pendant l'hospitalisation et à domicile.

Il a été réalisé pour le Centre Hospitalier Ste-Ode dans le cadre du projet-pilote interhospitalier "Adhésion aux comportements prescrits de santé". Ce carnet vise à sensibiliser le patient à l'auto-surveillance respiratoire et à l'encourager à poursuivre son réentraînement à l'effort à domicile. Il constitue aussi un outil de liaison entre le médecin traitant, le kiné à domicile et le pneumologue.

Promoteurs : Docteur Smeets et Mme B. Poirrier.

Pour la sécurité du sommeil de votre bébé

Nous vous proposons un dépliant et une affiche, réalisés selon les recommandations du Groupe des Experts Belges pour la prévention de la mort subite du nourrisson.

Ce travail a été effectué en collaboration avec la Clinique Saint-Vincent de Rocourt, la Clinique Saint-Joseph de Liège, la Clinique Espérance de Montegnée, la Clinique Notre-Dame de Hermalle/sous/Argenteau et la Clinique Notre-Dame des Bruyères de Chenée.

Promoteur : Docteur Van Hees.

Le traitement sous anticoagulant Sintrom®

Ce dépliant a été réalisé dans le cadre du projet-pilote interhospitalier "Adhésion aux comportements prescrits de santé", en collaboration avec les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne.

Le contenu :

- Le Sintrom®, qu'est-ce que c'est ?
- Votre traitement nécessite des prises de sang
- Quelle dose de Sintrom® devez-vous prendre ?
- Votre traitement et la vie de tous les jours...

- D'autres informations...

En plus du dépliant, une fiche de suivi a été conçue. Elle permet de répertorier, mois par mois, les résultats de la prise de sang, le nombre de comprimés de Sintrom® à prendre chaque jour, la date de la prochaine prise de sang. Elle sert d'aide-mémoire pour le patient et le médecin.

Promoteur : Mme V. Nonet.

Mieux vivre avec son hémiplegie

Une brochure et deux affiches ont été réalisées en collaboration avec l'ASBL Clinique Saint-Joseph - site Clinique Notre-Dame de Waremmes.

Les affiches ont été réalisées afin de rappeler au personnel soignant les gestes adéquats, qui vont aider la personne hémiplegique à se positionner dans son lit, à sortir du lit, à s'installer dans le fauteuil et à marcher.

Une phrase-clé : "Exploiter les capacités et les acquis de votre patient, c'est lui permettre de gagner en autonomie".

La brochure est destinée aux personnes hémiplegiques et leur famille. Elle a pour objectif de leur permettre de contribuer activement à leur réadaptation et accroître ainsi leur autonomie. Des conseils pratiques sont donnés concernant le positionnement dans le lit, le transfert du lit au fauteuil, la marche, la toilette, les repas, les adaptations dans la maison,...

Promoteur : Mme Désert. ■

Pour de plus amples informations (prix des documents, commandes groupées), n'hésitez pas à prendre contact avec le Centre d'Education du Patient, Rue Fond de la Biche 4 à 5530 Godinne, tél 082/61.46.11 fax 082/61.46.25.

L'art de bien manger

Introduction

Depuis l'aube des âges, se nourrir est la préoccupation première de tout être vivant. Actuellement, se nourrir reste l'activité principale de tous les animaux sauvages, mais est malheureusement le souci quotidien de la plus grande partie de l'humanité. Par contre, dans nos pays occidentaux, la majorité de la population s'interroge, non pas pour savoir si elle va manger, mais ce qu'elle va manger!

Submergés par un large éventail de denrées alimentaires et tirillés par de nombreuses publicités contradictoires, nous ne savons plus que croire. De ce fait, bien souvent, nous mangeons mal. Et pourtant, à chaque détour de notre vie, nous guetons des maladies de civilisation telles que diabète, troubles cardio-vasculaires, certains cancers, ... qui engagent l'art du bien manger. En effet, l'alimentation joue un rôle important dans les risques de ces maladies. Par exemple, nous savons que 35% des cancers sont liés directement à notre mauvaise alimentation.

En conséquence, pour nos enfants présents et futurs, l'éducation nutritionnelle devrait prendre une place fondamentale dans le domaine de la santé.

L'équilibre alimentaire

L'art du bien manger consiste à consommer tous les jours au moins un aliment de chacun des groupes alimentaires et à varier ses choix au sein de chaque groupe (voir présentation de l'affiche en couverture). En effet, nous pouvons répartir les aliments présentant un intérêt nutritionnel en 6 groupes différents.

Pourquoi 6 groupes?

Pour satisfaire aux besoins de construction, d'entretien, de réparation, de protection, d'énergie et d'hydratation, l'organisme doit absorber différents nutriments vitaux tels les protéides, les lipides, les glucides, les fibres, les vitamines, les sels minéraux, les oligo-éléments et l'eau.

Ces nutriments sont les constituants des aliments et sont libérés par le processus de digestion de notre organisme. Cependant, aucun aliment ne contient à lui seul tous les nutriments

nécessaires à notre santé. C'est pourquoi 6 groupes d'aliments ont été sélectionnés selon leur(s) apport(s) nutritionnel(s), et les rôles qu'ils jouent en nutrition. En effet, dans chaque groupe alimentaire sont rassemblés les aliments composés des mêmes nutriments principaux, et par conséquent répondant aux mêmes besoins nutritionnels.

Quels sont ces différents groupes?

GROUPE 1 : viandes, poissons, oeufs.

Groupe représenté par la couleur rouge. Il nous apporte principalement des protéides d'origine animale et des vitamines du groupe B.

Il assure les besoins de construction, d'entretien et de réparation.

GROUPE 2 : lait et produits laitiers.

Groupe représenté par la couleur bleue. Il nous apporte également des protéides d'origine animale et des vitamines du groupe B, mais surtout du calcium et des vitamines A.

Il couvre les mêmes besoins que le groupe 1.

GROUPE 3 : matières grasses.

Groupe représenté par la couleur jaune. Il nous apporte principalement des lipides et des vitamines A, D et E (liposolubles).

Il couvre les besoins en protection et apporte de l'énergie.

GROUPE 4 : féculents.

Groupe représenté par la couleur brune. Il nous apporte principalement des glucides, des fibres et des vitamines du groupe B.

Il couvre les mêmes besoins que le groupe 3.

GROUPE 5 : fruits et légumes.

Groupe représenté par la couleur verte. Il nous apporte des glucides, des fibres, des sels minéraux, des vitamines B, C, pro A, K.

Il couvre les besoins en protection.

GROUPE 6 : boissons.

Groupe représenté par la couleur grise. Il nous apporte de l'eau (notre principal constituant).

Il couvre les besoins en hydratation.

Afin d'intégrer les différentes notions explicatives de l'équilibre alimentaire en un seul support pédagogique,

l'équipe de l'ICAN a créé une affiche intitulée "L'art du bien manger".

Cette affiche présente une roue alimentaire accompagnée d'un conseil pratique pour l'utiliser judicieusement au quotidien.

Comme vous pouvez le constater, la roue alimentaire aborde les différents points repris ci-dessous :

- les groupes alimentaires sous différents aspects :
 - * leur numéro d'ordre (les numéros attribués ne donnant pas plus d'importance à l'un ou l'autre groupe);
 - * leur couleur représentative;
 - * leur nom, avec l'illustration de quelques aliments qu'ils contiennent;
- les principaux nutriments contenus dans les aliments de chacun des groupes;
- le ou les rôles associés à chaque groupe ou combinaison de groupes.

Public cible

L'affiche est destinée à différents publics cibles et peut être utilisée dans le cadre d'activités variées. Elle est particulièrement bien adaptée à l'école. Ainsi dès le maternel, les enseignants peuvent par le biais des couleurs, des dessins, ... faire découvrir l'équilibre alimentaire. Un formateur peut également l'utiliser pour un public d'adolescents ou d'adultes. Elle peut aussi, se suffisant à elle-même, être comprise par le grand public sans intervention d'un nutritionniste.

Pourquoi une roue?

Par cette affiche, l'équipe de l'ICAN a voulu mettre l'accent sur un aspect qualitatif essentiel de l'équilibre alimentaire: la consommation journalière d'au moins un aliment de chaque groupe. Pour ce faire, nous avons accordé autant d'importance à chacun des groupes. Une roue divisée en 6 parties égales nous a semblé indiquée pour représenter cet équilibre alimentaire.

Pour ne pas accumuler le nombre de messages sur l'affiche, au risque d'être moins lisible, nous n'avons pas souhaité aborder l'aspect quantitatif (sous forme de pyramide, par exemple).

De plus, la notion quantitative peut être sujette à de nombreuses controverses:

tion, la détention et l'usage en groupe de substances illicites.

Les produits stupéfiants illicites ne sont pas définis dans le texte de loi par des particularités intrinsèques, observables, qui pourraient valider leur appartenance à cette catégorie, ils sont énumérés. La présence de listes très détaillées montre que les substances sont classées sous la catégorie stupéfiants sur base de l'état des connaissances de l'époque et des positions philosophiques et idéologiques du législateur³ et non en fonction de critères génériques comme l'intensité de la dépendance qu'ils suscitent ou les effets négatifs sur la santé. En 75, le législateur n'a fait aucune différence entre les drogues dites "douces" et les drogues dites "dures".

Le comité consultatif national d'éthique français créé, il y a 11 ans, pour se pencher sur les problèmes d'éthique biomédicale et qui s'est autosaï des questions de toxicomanie a rendu, en novembre 94, un rapport explicite au sujet des opérations de classification arbitraire qui ont constitué les listes de substances prohibées par les différentes lois européennes. Dans le volet médical de son rapport, le comité conclut qu'il n'y a aucune raison scientifique de faire une différence entre les drogues licites, comme l'alcool et le tabac, et les autres:

"A la lumière des connaissances apportées ces dernières années par la neurobiologie et la pharmacologie la distinction entre drogues licites et illicites ne paraît renvoyer à aucune base scientifique cohérente". "Tous ces produits mettent en jeu des systèmes cérébraux communs". "Les drogues non prohibées (alcool, tabac, médicaments neuropsychiatriques) sont potentiellement aussi dangereuses dans l'ensemble que les drogues prohibées. Quant à ces dernières, il ne semble pas rationnel que la même condamnation englobe la consommation (modérée ou abusive) de toutes les substances illicites, puisque leur toxicité et leurs effets sont très variables". "Le comité d'éthique a établi une classification des produits en fonction de la dépendance qu'ils entraînent et de leurs effets sur la santé. Au palmarès des produits qui suscitent la dépendance la plus forte, on trouve la morphine et

l'héroïne mais aussi la nicotine, suivies de près par les amphétamines, la cocaïne et l'alcool. Au contraire, le L.S.D. n'entraîne qu'une faible dépendance, de même que le cannabis".⁴

En 1993, une directive générale relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie est envoyée, en Belgique, à tous les procureurs du Roi des différents ressorts. La circulaire (dite circulaire Wathélet) porte particulièrement sur le traitement des dossiers établis à charge de "délinquants usagers de drogues". Si elle prône l'organisation et l'application des nouvelles mesures comme la procédure accélérée⁵ et la probation prétorienne (les contrats judiciaires et la médiation pénale) pour les dossiers des prévenus auxquels il n'est reproché que des faits d'usage, la circulaire Wathélet ne fait toujours pas de distinction entre les drogues. Elle donne une série de directives concernant le traitement des dossiers stupés qui s'appuient sur l'identification de la catégorie à laquelle le prévenu appartient

(usager occasionnel > usager habituel, consommateur > consommateur-vendeur, consommateur-vendeur qui vend pour assurer sa consommation > consommateur-vendeur qui vend pour s'enrichir, ...). Selon les substituts qui ont en charge les dossiers stupés, ces distinctions seraient peu opérationnelles:

"La distinction usager occasionnel, habituel, petit dealer, trafiquant, recommandée par la circulaire des procureurs généraux, est peu opérationnelle sur le terrain. Il est très difficile d'étiqueter la personne toxicomane. Dans sa vie, qui peut être très brève, elle change souvent de casquette. La seule classification qui soit réellement opérationnelle est binaire: le toxicomane primaire (à qui on a ouvert un seul dossier pour le même délit) et tous les autres cas. Pour les primaires une politique prétorienne probatoire est mise en place⁶". "Pour les récidivistes (le tribunal les a déjà condamnés pour un délit de même nature), le substitut entame directement des poursuites."⁷

Quelques chiffres concernant les pratiques policières et judiciaires en matière de drogues douces

Ce tableau concerne d'une part les interpellations de la brigade carolorégienne spécialisée dans la répression des toxicomanies, l'ORA, et d'autres part les dossiers ouverts en

93 au parquet de Charleroi pour infraction à la loi sur les stupéfiants (desquels ont été extraits les dossiers concernant l'Ecstasy).

	Brigade O.R.A Interpellations (n = 419) ⁸		Dossiers classés sans suite Présomptions (n = 239) ⁹		Jugés Faits établis (n = 108) ¹⁰	
	Dures ¹¹	Douces ¹²	Dures	Douces	Dures	Douces
Total	68,49 %	31,51 %	40,17 %	59,83 %	87,50 %	12,50 %

³ Ces positions interviennent principalement lorsqu'il s'agit de produits que le discours commun nomme "drogues".

⁴ Rapport 1994 du Comité Consultatif National d'Éthique, in Libération du 30/11/1994, p 2,3 et 4.

⁵ Le tribunal des flagrants délits.

⁶ Le classement sans suite du dossier est conditionné au respect de clauses d'un contrat que le prévenu passe avec le parquet.

⁷ M. Vanreusel, premier substitut du Procureur du Roi du parquet de Mons.

⁸ Interpellations qui ont eu lieu entre octobre 93 et avril 94.

⁹ Tous les dossiers ouverts en 93 et classés sans suite.

¹⁰ La collecte statistique des faits jugés est toujours en cours, notre échantillon est donc réduit. De plus, le fait que nous n'ayons analysé que la première centaine des dossiers jugés, ouverts en 93, introduit un biais statistique: les dossiers pour lesquels une détention préventive a été prononcée sont prioritairement jugés et sont donc probablement surreprésentés dans l'échantillon considéré.

¹¹ Il s'agit de dossiers qui concernent, entre autres, des faits liés aux drogues dures.

¹² Ces affaires ne concernent que le haschich.

- Trois personnes sur dix, interpellées par l'ORA ont reconnu consommer des drogues douces (haschisch), mais pas d'autres stupéfiants.

- Six dossiers stups classés sans suite sur dix concernent une affaire liée aux drogues douces.

- Environ une personne sur dix a été jugée pour une affaire liée aux drogues douces.

Il semblerait donc que, dans la région carolorégienne, si les personnes qui consomment ou qui vendent des drogues douces restent relativement couramment interpellées par les polices de base, leur dossier soit relativement souvent classé sans suite; quant à l'affaire qui les concerne, elle est rarement jugée. Les pratiques du Ministère public carolorégien devant la rigidité du cadre légal puisqu'une différence claire apparaît dans le traitement des dossiers ouverts pour des faits liés aux drogues dures et douces.

L'institution judiciaire pose au sujet des drogues douces une série de questions

• Est-il vraiment utile que les forces de police interpellent systématiquement les consommateurs de drogues douces et que les substituts les reçoivent?

"Le personnel de l'ORA a, généralement, dans son travail, plus de difficultés avec les consommateurs de haschich qu'avec les consommateurs d'héroïne. Ils sont plus agressifs en-

vers les agents, ils n'acceptent pas d'être considérés comme des toxicomanes." 13

"Il faut surtout éviter les situations qui pourraient amener un adolescent à vouloir s'affirmer en "bravant" une autorité dépréciée dans le milieu jeune, à savoir les instances judiciaires. L'admonestation, dans ce cadre, risque de provoquer un renforcement des comportements de consommation." 14

• Ne serait-il pas temps d'interpeller le législateur pour qu'il régularise une situation de fait, permettant ainsi aux substituts des différents ressorts d'unifier clairement leurs pratiques en matière de drogues douces à partir d'un cadre légal de référence modifié?

"Peut-on imaginer de laisser aux seuls magistrats - sinon parfois aux policiers eux-mêmes - le soin de définir les grandes orientations de leur action, que ce soit en matière de drogue, de mœurs, d'environnement ou de circulation routière? Il y va ici d'une perception correcte aussi bien de ce qui est la responsabilité des hommes politiques en tant que représentants de la société civile que de ce qu'est l'indépendance bien comprise de la magistrature" 15.

Selon qu'il "tombe" sur tel ou tel magistrat ou agent d'une des polices de base, un jeune sur lequel on trouve trois barrettes de haschich sera relâché après admonestation, reçu par le substitut toxicomanie de garde, après une période de garde à vue ou relâché par ce même substitut. Son dossier pourra être classé sans suite ou le classement sera conditionné par une période de probation prétorienne. Son dossier peut aussi être directement mis à l'instruction sur base de la présomption de faits de vente.

La lutte contre le cancer dans la tourmente

Après l'affaire de l'ARC en France, voici qu'en Belgique également une polémique et des plaintes atteignent de plein fouet la lutte contre le cancer. Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur ces affaires; par contre, nous craignons qu'une confusion et qu'un sentiment de méfiance affectent notre secteur d'activités, avec des conséquences négatives pour les malades que nous accompagnons et les chercheurs que nous aidons.

Face à cette situation préoccupante, l'Oeuvre Belge du Cancer (O.B.C.) précise que des dérives semblables ne peuvent pas se produire chez elle.

En effet:

- l'O.B.C. est un Etablissement d'Utilité Publique, soumis à ce titre au contrôle strict des Pouvoirs Publics;

- l'O.B.C. est la seule institution chargée de la tenue du Registre National du Cancer;

"Ces différences de philosophies et d'actions peuvent être interprétées, par les prévenus, comme liées à la subjectivité de l'acteur judiciaire, au hasard, à des préjugés... Le manque de consensus judiciaire serait particulièrement défavorable à l'image que les usagers de drogues se font de la justice." 16

Il nous semble qu'il n'est pas possible, dans le cadre législatif actuel, de garantir une unité des pratiques quels que soient le bon vouloir et la compétence de ceux qui veulent une justice plus égalitaire qu'arbitraire et cela tant que la loi ne fera aucune distinction entre les drogues. Les substituts sont chargés d'appliquer la loi, ils peuvent la rendre plus "juste" et plus "adaptée" à l'évolution des connaissances, des valeurs et des modes de vie mais seul un cadre légal réactualisé peut garantir l'unification des pratiques.

Pascale Jamouille et Gauthier Duyck, chargés de recherche à la cellule toxicomanie - Centre de santé mentale du CPAS Charleroi (071/32 94 18) ■

13 M. Kest, responsable de la brigade carolorégienne de répression des toxicomanes: ORA

14 M. Cambier, substitut du procureur du Roi de Tournai.

15 B. Dejemeppe, procureur du Roi à Bruxelles, carte blanche du journal *Le Soir* n° 136, juin 95

16 Isabelle Heine et J. Roisin, travailleurs psychosociaux d'Espace Libre, un service social carolorégien d'aide aux justiciables qui intervient tout au long de l'action judiciaire (ainsi par exemple le service est interface au niveau des mesures de probation prétorienne qui sont proposées aux toxicomanes, il travaille également en milieu carcéral). L'interview a été validée par l'ensemble de l'équipe après un débat en réunion d'équipe.

- l'O.B.C. est dirigée par un Conseil d'Administration pluraliste et représentatif de la cancérologie belge dont les membres, tous bénévoles, sont garants de l'utilisation de l'ensemble des fonds récoltés.

Information communiquée par le Docteur Vander Steichel, Directeur de l'O.B.C.

Matériel

Répertoire d'outils

Une source pratique d'idées d'animations en éducation pour la santé...

Question Santé, en collaboration avec le service agréé Handicap et Santé et avec le soutien du service de l'éducation permanente de la Communauté française, a réalisé un *Répertoire des outils d'éducation permanente pour la santé*. Il a été conçu comme un guide pratique de ce qui se fait en Communauté française en matière d'outils d'animation en promotion de la santé.

Pourquoi un répertoire?

Trois objectifs sont à l'origine de cette initiative. Premièrement, rencontrer une demande réelle d'information de la part des multiples intervenants en matière de santé - organismes d'éducation pour la santé, associations d'éducation permanente actives dans ce domaine, centres IMS/PMS, centres de guidance, enseignants, éducateurs en général - et permettre ainsi une meilleure diffusion et appréciation de ce qui se fait chez nous, en Communauté française.

Deuxièmement, combler l'absence d'une information à la fois décloisonnée, ciblée et suffisamment descriptive pour pouvoir se faire une opinion à la première lecture. Et par conséquent, rassembler en un même volume les multiples thématiques abordées en promotion de la santé (prévention des accidents, alimentation, assuétudes, bien-être, handicaps, hygiène de vie, santé globale, santé mentale...) pour donner une vue d'ensemble et permettre à l'utilisateur du guide d'établir des relations entre les différents secteurs; cela tout en permettant un choix d'outils ciblés en fonction de critères précis (thématique, public cible, type de support, objectifs...).

Et enfin, établir des ponts entre les associations d'éducation permanente ayant une action en matière de santé et les organismes d'éducation pour la santé, cela pour susciter des échanges de points de vue et favoriser un enrichissement réciproque.

Des outils d'animation, qu'est-ce à dire?

Les instruments de promotion de la santé privilégiés dans ce répertoire sont essentiellement des outils d'animation: supports audio, diaporamas, expositions, jeux de rôles et de société, kits pédagogiques, modules, spectacles, véhicules itinérants, vidéos, programmes... et animations au sens strict. Cela pour deux raisons.

La première: un outil est, par définition, un instrument qui sert à effectuer un travail. Par conséquent, il permet d'impliquer, davantage qu'une publication, les personnes à qui l'on s'adresse, d'entrer en interaction avec elles et, par ce biais, de favoriser un processus de travail sur elles-mêmes, leurs comportements, leurs représentations...; un outil, utilisé dans le cadre d'une animation, induit une dimension participative.

La seconde: les outils d'animation sont des instruments de culture. Ils permettent de construire un sens en faisant appel à un autre registre que celui de la connaissance rationnelle et de l'information reçue passivement: celui de la créativité, de l'imaginaire et du jeu. C'est cela que nous voulons mettre en valeur dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Un cahier spécial Handicap et Santé

Le service agréé Handicap et Santé vise à favoriser les actions de promotion de la santé pour le public des personnes atteintes d'un handicap. Chargé de recueillir et de diffuser les outils destinés à ces personnes, il a tenté de répertorier un certain nombre d'entre eux.

Dans la mesure où peu d'outils d'animation-santé existent actuellement en Communauté française pour ce public particulier, Handicap et Santé a investigué dans d'autres pays et recensé ce qui était disponible en la matière. C'est ainsi que sont présentés une vingtaine d'outils d'animation et de programmes dont certains ont été réalisés dans les pays anglo-saxons et nord-américains. Ce cahier n'a pas la prétention d'être exhaustif. Handicap et Santé continue à rechercher les outils intéressants dans ce domaine.

Comment orienter sa recherche?

La présentation de chaque outil s'organise en différentes rubriques regroupées au sein d'une fiche descriptive. Le guide répertorie 130 outils et une fiche-type se présente comme suit:

- titre de l'outil et illustration;
- carte d'identité (type de support, thématiques abordées, public visé);
- descriptif de l'outil: contenu et matériel;
- objectifs poursuivis;
- mode d'utilisation et de participation;
- prolongements éventuels;
- fiche technique et conseils pratiques;
- signalétique (auteur, éditeur, diffuseur, date de réalisation, prix);
- coordonnées d'une personne contact.

Pour vous aider à valoriser au mieux les opportunités offertes par chacun des outils présentés, nous avons voulu mettre en évidence quels en étaient les objectifs privilégiés. Mais il vous appartiendra ensuite de faire votre choix en fonction de votre propre projet.

Quatre index sont proposés en fin de répertoire: un index thématique, deux index alphabétiques, par nom d'organisation et par titre d'outil, et un index par catégorie de public.

Signalons enfin que ce répertoire ne se veut pas exhaustif. Une sélection a été opérée en fonction des critères liés à la participation (être accompagné d'une animation ou suivi d'une discussion, d'un débat) et aux objectifs (implication du spectateur, travail sur les comportements et les représentations). Il est limité (à l'exception du cahier "Handicap") aux productions belges et francophones. Une notice bibliographique située juste avant les index propose quelques références de catalogues qui vous permettront d'élargir ou d'approfondir votre démarche.

Prix: 250 BEF + frais de port

Personne contact: Bénédicte Meiers, Question Santé, 02/512 41 74. ■

Tibet et le tabac

De son vrai nom, Gilbert Gascard, Tibet doit son surnom à son frère alors âgé de 18 mois qui ne savait pas encore prononcer son prénom. Agé de 4 ans à peine, il "croqua" son premier personnage, voisin de table dans un restaurant. Trouvant son dessin fort ressemblant, son premier client lui donna de superbes pièces avec un trou au milieu ce qui le fascina! 25 centimes fut son premier salaire de dessinateur. A 10 ans, il découvrit la bande dessinée... Son rêve consista alors à donner autant de plaisir que celui qu'il avait ressenti en la découvrant. C'est à l'âge de 13 ans qu'il montra quelques-uns de ces dessins à Hergé, qui gentiment le conseilla et l'encouragea.

Grand dessinateur, tendre, simple, chaleureux, ... Tibet continue aujourd'hui à nous faire profiter de son talent. Le cœur sur la main, le père de Chick Bill et Ric Hochet vient de réaliser deux cartoons pour illustrer le thème de la "Journée Mondiale sans Tabac".

Caroline Rasson : A l'occasion de la "Journée Mondiale sans Tabac" du 31 mai 1996, vous avez réalisé deux superbes cartoons pour illustrer le "sport et l'art sans tabac". D'où vous viennent ces idées?

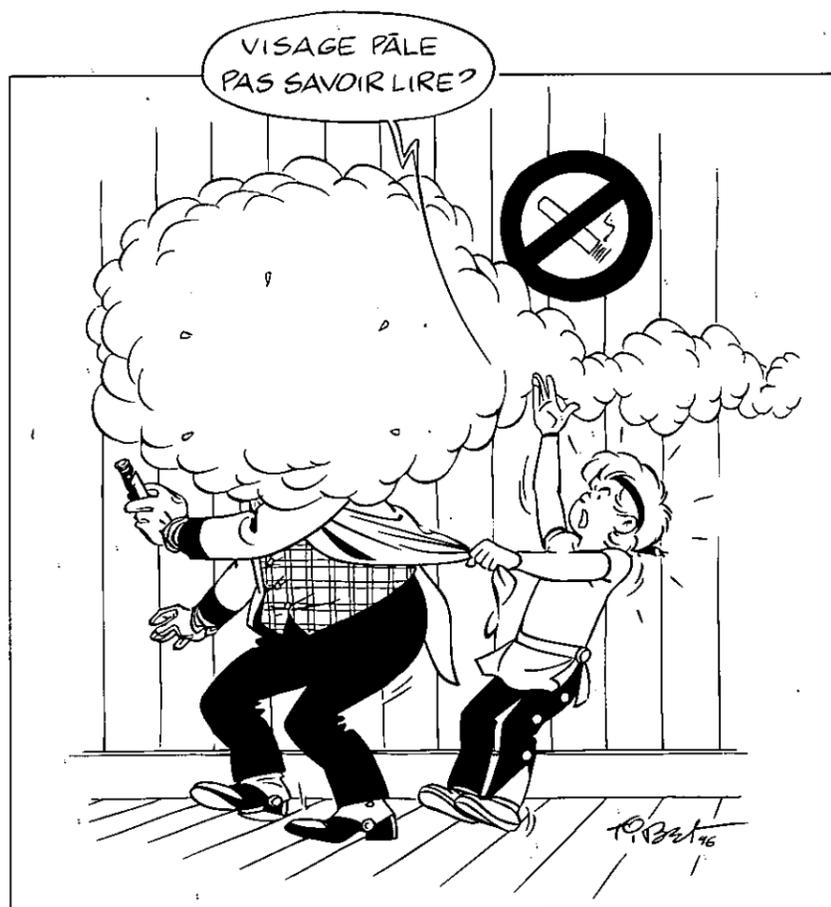
Tibet : Mes dessins d'humour sont avant tout destinés à faire sourire... j'espère seulement qu'ils atteindront leur but. Je ne sais pas d'où me viennent les idées. Si je le savais, j'irais, sans tarder, en chercher. Ce n'est pas évident de faire rire avec un poison comme le tabac ou toutes les autres drogues.

- L'humour vous semble-t-il une bonne manière de promouvoir la santé, la forme et la vitalité?

- L'humour me semble la meilleure manière de tout promouvoir. Les meilleures publicités sont celles qui font sourire.

- Etes-vous fumeur? Est-ce un choix? Comment, avec humour, refuseriez-vous une cigarette si vous étiez encore adolescent?

- Je sais le mal que peut faire le tabac pour avoir fumé pendant très longtemps. Je l'ai payé très cher. Ric Hochet et Chick Bill ont failli être orphelins deux fois. Un sérieux pontage... et maintenant, ça va très bien merci!...



Mais, Dieu, que j'ai eu du mal à m'arrêter de fumer.

Il faut éviter de commencer à fumer jeune. Une fois le cap de l'adolescence passé, je crois qu'il est facile d'être un veinard non fumeur.

Si j'avais la chance d'être encore adolescent, je demanderais à tous ceux qui veulent m'offrir une cigarette... de me donner des sous à la place! Quelques années plus tard, on peut s'offrir une très jolie petite voiture.

- Certaines publicités tentent de donner une image "sportive" ou "culturelle" au tabac? Que pensez-vous de ce type de parrainage par des fabricants de tabac?

- La seule bonne publicité pour le tabac ce serait de montrer un coureur de 100 m gagnant la finale aux Jeux Olympiques tout en fumant! Ce n'est pas pour demain, croyez-moi!

- Vos dessins ne comportent-ils pas des personnages fumeurs?

- Le seul de mes personnages qui fume, c'est le commissaire Bourdon. Il

fume la pipe, mais sans conviction... C'est pour se donner l'importance du célèbre Maigret.

- Une BD "sans tabac" c'est pour bientôt?

- Je ne crois pas qu'il y ait encore des héros qui fument. Même Lucky Luke a abandonné son horrible mégot.

Ce qui serait bien, c'est que de temps en temps, les héros refusent la cigarette qu'on leur tendrait. Je l'ai déjà fait avec Ric Hochet (page 19 de "Un million sans impôt")

Propos recueillis par **Caroline Rasson**, responsable du Service aux Educateurs chargé de la Prévention du Tabagisme - FARES. ■

Cette interview a fait l'objet d'un inserté dans la publication trimestrielle du Club " Première Génération sans Tabac " intitulée "ADO SANS T". Cette publication, destinée aux jeunes de 12 à 15 ans, est disponible gratuitement sur simple demande. L'adresse: rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles - Tél. 02/512.29.36.

De l'éducation pour la santé à la promotion de la santé

Avec l'évolution de notre société, l'éducation et la promotion de la santé ont trouvé à s'intégrer largement dans un contexte de développement social. De notre travail sur le terrain et au bout de quelques années de pratique avec les relais locaux, on a, au fil du temps, observé une formulation des demandes en terme de santé globale des individus.

La santé est une notion complexe et évolutive, variable selon les individus, les cultures, les époques. L'éducation pour la santé, c'est toute combinaison d'expériences d'apprentissage planifiées, destinées à faciliter l'adaptation volontaire de comportements conduisant à la santé.

L'éducation pour la santé constitue une stratégie parmi d'autres, servant la promotion de la santé. L'essentiel est de garantir la cohérence entre les messages éducatifs, les aptitudes développées et les réelles conditions de vie.

Exemples

Est-il cohérent d'apprendre à l'enfant les règles élémentaires d'hygiène corporelle si l'école n'offre ni point d'eau, ni savon?

Un fumeur désirant arrêter de fumer, peut ne pas être assez fort pour résister à son besoin de tabac si ses collègues de bureau fument à longueur de journée.

Emergence d'une nouvelle approche

Nous savons " qu'agir sur la santé " peut se faire de multiples façons, souvent complémentaires, et ne relève pas exclusivement d'une démarche éducative, préventive ou thérapeutique.

Certaines " actions " relèvent:

- du domaine médical (chirurgie esthétique, prise de médicaments,...);
- du domaine politique - légal - institutionnel (politique de l'emploi, gestion du temps de travail,...);
- du domaine social (relations humaines, groupes d'entraide,...);
- du domaine éducatif (éducation nutritionnelle,...);
- du domaine économique et culturel (religion, croyances, revenus,...);
- du domaine de la prévention des problèmes de santé.

En tenant compte de ces différents domaines, nous dépassons le concept d'éducation pour la santé pour l'intégrer dans celui, plus large et plus complet, de promotion de la santé. Le terme de " promotion de la santé ", signifie plus une volonté d'approche globale des problèmes de santé.

La promotion de la santé représente une stratégie de médiation entre les gens et leur environnement alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer une vie plus saine.

La Charte d'Ottawa (1986): quelques stratégies proposées, quelques exemples de terrain

La promotion de la santé invite la population à participer à la sélection des priorités et des stratégies, aux décisions, à la planification.

Exemple: un comité de quartier décide d'actions qui améliorent la qualité de l'environnement.

La promotion de la santé permet de développer des aptitudes et l'acquisition des ressources individuelles indispensables au choix d'un mode de vie et au maintien des conditions de vie saines.*

Exemple: développer une attitude critique face à l'influence des autres sur la consommation de cigarettes.

Elle s'intéresse autant aux causes sous-jacentes de comportements de santé qu'aux causes immédiates.

Exemple: les élèves mangent mal à midi parce qu'ils manquent de temps et d'infrastructures accueillantes.

Elle insiste sur les dimensions positives de la santé.

Exemple: la pratique d'un sport constitue un enrichissement sur le plan physique mais aussi humain et social.

Elle se développe au sein de la communauté locale et s'intègre dans le tissu social existant.

Exemple: la mise en place d'une commission communale de promotion de la santé proche de la population et de ses préoccupations quotidiennes, prenant en compte environnement, qualité de vie, voirie, sécurité, enseignement, activités sportives...

Elle considère autant les individus que leurs milieux.

Exemple: peut-on exiger d'un élève d'être propre dans une école mal entretenue?

La promotion de la santé, mais encore...

La promotion de la santé est essentiellement une stratégie de médiation entre la population et son environnement; elle opère la synthèse entre les choix individuels et la responsabilité de la société dans le domaine de la santé.

La promotion de la santé suppose donc la création d'un savoir-vivre et le développement de la capacité de l'individu à agir sur les facteurs déterminant sa santé. Elle suppose aussi l'adaptation et l'amélioration constante de l'environnement pour renforcer les facteurs favorisant un style de vie sain en éliminant ceux qui sont nuisibles.

Les Commissions Locales de Coordination, en collaboration avec les organismes et les acteurs de terrain travaillent dans cette optique de santé globale. Elles orientent, favorisent et dynamisent la promotion et l'éducation pour la santé à l'échelon local.

Dans cette perspective, des dynamiques de partenariats se mettent en place pour oeuvrer à des actions de santé communautaires dans lesquelles les habitants d'un quartier, d'un ensemble urbain, d'un village auront la chance de se comporter en acteurs de santé avec le soutien des différentes parties concernées par ce projet de santé.

Ce sont alors les groupes et associations d'habitants, les autorités publiques, professionnels de santé et de l'action sociale qui articuleront leurs efforts de manière efficace.

Construire une action de partenariat, en potentialisant les capacités de mobilisation de chacun, c'est s'assurer d'une vraie complémentarité et jouer la carte de l'efficacité.

C'est sur le terrain que se gagnent les batailles dans le domaine de la promotion de la santé.

Rachel Annet, Reine-Marie Hanoul, C.L.C. Luxembourg ■

* Rochon A. " L'éducation pour la Santé - un guide facile pour réaliser un projet "

■ Les cuisines-rencontres, une démarche d'insertion sociale et de promotion de la santé

Parmi les domaines d'actions que privilégient les professionnels de la santé en Communauté française, l'insertion sociale et sanitaire a rarement fait l'objet de programmes intégrés. Les besoins des populations socio-économiquement défavorisées ont alors souvent été pris en compte par le biais d'actions parallèles. Les problèmes sociaux sont en effet depuis longtemps sous la responsabilité des intervenants sociaux et ceux de la santé sous la responsabilité médicale.

La rareté de projets, réalisés en partenariats, en faveur de ces milieux précaires, peut être imputée tant à un manque d'outils méthodologiques adaptés qu'à un cloisonnement des professionnels de chaque secteur.

Les démarches de promotion de la santé, discipline par essence globale et interdisciplinaire, fournissent alors aux professionnels de la santé et du social l'occasion d'agir ensemble.

L'objectif de cet article est double. Premièrement, il s'agit de contribuer à l'élargissement des réflexions des professionnels sur la problématique de l'insertion sociale et sanitaire. Deuxièmement, il vise à présenter l'organisation pratique, l'accompagnement théorique et l'évaluation d'une nouvelle démarche: les cuisines-rencontres (ou ateliers cuisine) dans la perspective d'entamer le dialogue avec les personnes intéressées.

Une initiative locale

Instaurés en 1992 par le Service Education pour la Santé et le Centre Public d'Aide Sociale de Huy, les ateliers cuisine s'adressent à toute personne, homme ou femme, ayant de faibles revenus, intéressée par des cours pratiques de préparation culinaire.

Le rythme des séances est de préférence hebdomadaire, mais les partenaires sont libres de définir une autre périodicité. Le lieu de rencontre est également à convenir selon les disponibilités. Il doit pouvoir accueillir une quinzaine de personnes, être équipé d'un minimum de matériel de cuisine et d'un frigo, si le groupe est amené à prolonger ses activités. Le but est, pour les participants, d'acquérir:

- un savoir (connaissances diététiques, arithmétiques, informations sur la santé et l'hygiène,...);
- un savoir-faire (achats, conservation, préparation, organisation des repas, présentation et consommation des aliments);
- un savoir-être (ponctualité, propreté, communication et prévoyance).

Donner la possibilité de comparer des prix, d'acheter selon les besoins, de faire des achats groupés, de déjouer les pièges de la publicité, de préparer les aliments dans de bonnes conditions d'hygiène et d'utiliser les méthodes de cuisson de manière adéquate sont autant de facteurs qui permettront de se construire une alimentation équilibrée, atout de santé physique, mais aussi mentale et sociale.

Lors des ateliers cuisine, les activités se déroulent en groupe. C'est cet aspect des choses qui va permettre de dépasser l'objectif premier d'équilibre alimentaire pour atteindre toute une série d'autres objectifs qui favoriseront l'action dans un axe de santé plus global et dans le sens d'une insertion sociale. De ces objectifs associés pourra découler le travail sur des facteurs tels que: solidarité, convivialité, échanges d'idées, revalorisation de savoir-faire, rythme de vie, entraide, organisation de travail,...

Si l'atelier cuisine peut être un moyen pour souder, motiver et donner confiance, il peut également être le point de départ d'autres réalisations autour:

- de l'alimentation: éditer des recettes, créer des groupes d'achat, constituer des jardins communs,...
- de la réinsertion socio-professionnelle: création d'une mini-coopérative, travail au sein de cuisines collectives, règlement de problèmes socio-administratifs,...
- de divers thèmes de santé: alcool, médicaments, tabac, produits allérgiques,...
- d'autres thèmes: sport, voyages culturels, production de déchets,...

L'atelier cuisine est une formule nouvelle qui permet aux participants de redécouvrir, perfectionner ou diversi-

fier leurs pratiques culinaires et par la même occasion de rencontrer les facteurs influençant non seulement la malnutrition, mais aussi la précarité.

L'atelier cuisine représente une contribution utile parce qu'il peut être le point d'ancrage de nombreuses initiatives d'insertion sociale. Pour accroître son impact potentiel, il est capital de viser le long terme, de penser à rendre la formule permanente et autonome et de renforcer ses liens avec d'autres initiatives d'insertion ou de solidarité sociale. C'est pour cette raison qu'il sera nécessaire d'envisager une formation des animateurs désireux d'entamer cette approche. Ces relais de terrains, diététiciens et intervenants sociaux, sont en effet face à une nouvelle approche de leur travail.

Une problématique globale

Les disparités sociales sont inhérentes aux sociétés humaines, mais leur accentuation croissante est une des caractéristiques des sociétés basées sur une économie de marché.

Les chiffres sont là pour en parler. En Belgique, près de 600.000 personnes sont au chômage, auxquelles on peut ajouter 400.000 personnes proches du seuil de la pauvreté: soit une personne sur dix en situation de précarité¹. C'est beaucoup, surtout lorsqu'on sait qu'il s'agit d'un mouvement progressif et régulier. François Mitterrand attirait d'ailleurs l'attention, lors d'un discours à Berlin en 1990, sur un nouveau combat: "Maintenant que les oppositions Est-Ouest disparaissent, méfions-nous du fossé qui ronge nos propres sociétés et qui rend les riches de plus en plus riches et les pauvres de plus en plus pauvres."

Durant les dernières années cette problématique a été de plus en plus approchée, de façon théorique et pratique².

¹ "Santé et précarité", Autant Savoir, RTBF, 14/09/95.

² "Rapport général sur la pauvreté: synthèse" Fondation Roi Baudouin en collaboration avec ATD-Quart Monde Belgique et l'Union des Villes et Communes, Eeklo Pauwels S.A., 1995, 60 p.

C'est ni plus ni moins dans une recherche de bien-être que baigne l'atelier.

Il y a, disons, les bénéfices que tirent l'individu et le groupe du va-et-vient entre les exercices en individuel et en groupe. Quand, après le collectif, on revient à l'individuel, l'individu qui a été "comprimé" s'exprime davantage.

Il parvient à sortir des choses inédites de lui. Individuellement différent, il peut retourner dans le groupe et le nourrir de sa présence. Il a pris aussi du groupe un tas de choses picturales qu'il n'aurait pas pu sortir de lui et qu'il peut réutiliser par lui-même. Au mo-

ment où il se diversifie, s'enrichit, se bonifie, il utilise des choses de quelqu'un d'autre. Il y a rencontre intégrée. L'individu s'individualise collectivement. Il y a une sorte d'émancipation individuelle acceptée collectivement. Il n'y a pas compétition, mais profit commun ou collectif. Ça se passe sans examen, sans normalisation, sans rituel, comme allant de soi. L'évolution n'est pas culpabilisante, ni stressante. Santé ...

L'atelier est un lieu d'expression picturale, mais aussi verbale

Il est important et difficile de parler de ses émotions, de les exprimer verbale-

ment. D'où cette violence ou ce repli des enfants sur eux-mêmes que je sens de plus en plus fort. Décrire une peinture est essentiel pour stimuler l'émotion, la réflexion abstraite. Puis, après, vient la nécessité de raconter le contenu. Pour l'individu, raconter son histoire est essentiel. Sans elle, il n'existe pas. Une peinture est un processus de création d'équilibre, création d'une histoire. Un des stades nécessaires à l'identité. La peinture est image de soi. En parler, c'est parler de soi, oser se dire comme on est. Etre.

(propos recueillis par Véronique Janzyk) ■

Seret, carte de visite

Depuis 1975, Daniel Seret, artiste ardennais, n'a de cesse d'animer des ateliers de peinture. Son public: des enfants, des adolescents, des travailleurs ou des chômeurs dont l'employeur ou les formateurs financent un moment de formation continue et/ou qui tablent sur la réflexion sur le fonctionnement interne de l'institution que l'expérience peut engendrer.

En effet, Seret s'est fait une spécialité de faire émerger les "signes" des groupes avec lesquels il travaille. "Le signe d'un groupe, c'est sa manière de combiner formes, lignes et couleurs dans la réalisation collective. Cet assemblage n'est pas innocent. On s'aperçoit, à y regarder de près, que telle couleur dominante est celle fréquemment rencontrée en ville, à moins que ça ne soit celle du parti politique sortant. Les formes évoqueront l'architecture environnante. L'Histoire sociale, économique et politique d'un lieu pèse sur les formes de ce lieu et sur la façon d'y vivre et de représenter ce qu'on y vit."

Se leurre-t-on dès lors qu'on croit s'exprimer spontanément?

Daniel Seret a heureusement de petites paroles réconfortantes de der-

rière les fagots: "Prendre conscience que les images que nous croyons produire naturellement possèdent de solides racines dont nous ne décidons pas, c'est déjà mettre une certaine fatalité à distance. Toujours ça de gagné. La grande ambition des ateliers, c'est, en expliquant qu'il existe des causes sociales à leur situation, de déculpabiliser ceux qui y participent, de les amener à individualiser de plus en plus ce qu'ils peignent. Chacun possède des formes propres, cachées, souvent refoulées. Nous méconnaissons notre potentiel artistique. Pour le groupe, c'est pareil. Il se limite dans ses lignes, ses formes et ses couleurs. Les ateliers permettent à long terme de lever cette censure. D'ouvrir une porte vers l'autonomie, le changement."

Parmi les plus récentes réalisations "publiques" impulsées par Seret et réalisées avec des jeunes: deux fresques, l'une à On, village de Marche-en-Famenne; l'autre à Marche.

La fresque de On semble représenter un masque. "Normal, commente une jeune habitante dans un film vidéo consacré à cette expérience (1). Tout le monde ici porte un masque."

Ce sur quoi Seret enchaîne: "Réaliser qu'on porte tous des masques, c'est déjà enlever le sien." La fresque évoque aussi étrangement le plan de la ville. On y trouve des demi-cercles

à l'image des tunnels de On. Des arêtes, elles, font à la fois penser au plateau du village qui débouche dans le vide et au déclin (la chute) économique de la région.

Est-ce à dire que la fresque n'est qu'un reflet de ce que vivent les jeunes? "Les adultes aussi se sont reconnus dans l'image, ajoute Seret. C'est pour ça qu'à ce jour elle est restée intacte. Aucune déprédation. Elle colle aux habitants."

A Marche, certains avaient craint les griffes des graffeurs. Ils ont fait patte de velours devant la mise en images par des ados de l'Institut Saint-Remacle de l'histoire d'un Martien débarquant sur terre, pris dans la tourmente, avec juste une symbolique croix rouge pour le protéger. Un récit à la fin ouverte, contrairement à ce qu'avaient d'abord envisagé les adolescents: la rencontre d'un homme et d'une femme, de races différentes. Comme quoi, et Daniel Seret n'en a jamais douté, un atelier de peinture collective peut transformer une rencontre trop vite hypothéquée en une autre, encore à vivre.

(1) disponible au Centre Ressources Vidéo (02-216-80-39)

Contact: Le Miroir Vagabond, Maison de la Culture Famenne-Ardenne, au 084/31.46.89.

Ampli-Junior peint la santé

Les régionales d'Ampli-Junior ont tenu à mettre le thème de la santé à l'avant-plan du programme de leurs activités de cette année. C'est ainsi que, pour les 8-12 ans, l'équipe de Liège a organisé un atelier "peintures et santé" d'un week-end. Pour l'animer, un artiste peintre, routard de l'animation, Daniel Seret (voir encadré). Une expo des peintures produites par les enfants est prévue pour bientôt. En attendant: description de l'animation, suivie des explications de Daniel Seret sur son travail.



La parole (et le pinceau) aux enfants

Franklin, Antoine, Valentine, Cédric, Delphine, Sébastien, Deborah, Lucie et Maëlle. Tous assis, les pieds à quelques centimètres du sol, les doigts vides, autour d'une grande table où reposent pinceaux et couleurs. Impatiences dans l'air.

"Vous savez pourquoi vous êtes là?", questionne Françoise Meus, l'animatrice d'Ampli-Junior qui seconde le peintre. Et les yeux de répondre silencieusement en se tournant vers le géant barbu au pull bariolé: "Pour peindre, évidemment!"

Histoire que les troupes ne perdent pas de vue l'objectif du week-end, Daniel Seret embraye d'emblée sur la santé grâce à un tour de table sur le mode "la santé pour vous, c'est quoi?"

Réponses: "Se soigner, ne pas casser le nez de Delphine (eh oui la petite Delphine, aussitôt arrivée, a narré les déboires arrivés à son nez), ne pas envoyer à l'hôpital, ne pas écarteler (sic), aller à l'école, bien s'habiller, être bien dans sa peau, la sécurité, se laver, boire de l'eau, ne pas s'enrhumer, avoir une habitation, aimer, s'aérer, s'alimenter, arrêter l'alcool, ne pas fumer, être gentil, avoir de la joie, ne pas énerver."

Termes récurrents: "se laver, ne pas casser le nez et être bien dans sa peau".

Les enfants répartis en trois groupes écopent d'une de ces trois phrases. A

eux de la peindre, collectivement. C'est la consigne. Qui n'empêche pas les membres de tel groupe de faire peintures à part sur une même grande feuille! Ni ceux-ci de faire salle de bain à part, les filles choisissant d'illustrer "se laver" par une douche, les garçons par une baignoire. Daniel Seret observe les groupes qui se mettent à vivre, intervenant pour canaliser les attentions lorsque la dissipation pointe le bout du nez.

Individuellement ensuite, les enfants illustrent, parmi tous ceux cités par eux comme ayant un rapport avec la santé, un terme de leur choix. Sont hors de course les trois principaux sur lesquels ils viennent de s'attarder.

En solo encore, chacun (et chacune) peint un arbre. Puis le transforme en personnage, ici en bonne santé, là malade.

Chaque groupe choisit ensuite un arbre parmi tous ceux produits en son sein.

Il sélectionne dans l'ensemble des dessins et peintures les "préférés" et les assemble autour de "son" arbre. Ca discute peu ou prou dans les groupes. Une mosaïque colorée se compose.

Daniel Seret incite les enfants qui l'ont composée à exprimer chaque fresque. Cette mise en paroles a lieu, groupe après groupe, en présence du peintre qui veille à ce que chaque enfant dispose de son temps d'expression, celui-ci dû-il être entrecoupé de silences.

Ainsi émergent trois récits, que voici:

"Ce dessin, c'est la tribu de Pocahontas qui chasse le chien derrière un arbre. Il y a un homme au nez cassé et Valentine vient à son secours. Comment être en bonne santé, c'est expliqué: en mangeant, en buvant de l'eau..."

"Il y a un bûcheron, un fantôme et un homme qui a peur. Le bûcheron coupe un arbre, qui tombe. Le fantôme retourne dans les esprits, dans les nuages."

"Un petit garçon rêve, voit des choses extraordinaires. Puis il rencontre Deborah sa copine qui s'est cassé le nez. Ils vont chez le docteur, puis à l'école."

La parole à l'artiste

Que peuvent bien nous dire les trois peintures collectives, dont le point de départ est le mot "santé"?

D. Seret. Elles font bien plus que reproduire à l'égard de la santé les grandes idées que l'information, les médias envoient. On dépasse l'illustration des mots que les enfants récitent quand je leur demande en début d'atelier ce qu'évoque pour eux le mot "santé". La façon de travailler, qui mêle l'individuel et le collectif, oblige à faire des agencements entre divers moments de la vie ou secteurs de la santé. Les enfants font des rapprochements, des croisements. Les peintures sont dynamiques.

La situation finale d'exclusion sociale est précédée par un état de non insertion, la précarité est une situation tangible nécessitant une attention particulière. Mais, dans la majorité des cas, cet état ne survient pas de façon inopinée, il est la conséquence d'une succession d'échecs dans la vie quotidienne. Cela commence par un capital scolaire faible, une rupture familiale ou une perte d'emploi, pour se poursuivre par une fragilité psychologique, une perte de confiance en soi et de reconnaissance par les autres, un état de solitude dans lequel apparaissent des problèmes d'hygiène et de santé. C'est le cercle vicieux de la pauvreté: la précarité favorise la mauvaise santé et inversement.

La situation de précarité et les facteurs déterminant celle-ci influencent la santé

Pour Avalosse³, ce sont bien les couches sociales les plus modestes, aux revenus les plus faibles, au niveau d'instruction et au statut professionnel le plus bas, qui sont davantage exposées à la maladie.

Le problème, c'est que les solutions des politiques de santé sont trop souvent posées en termes individuels. De plus, ces solutions sont fréquemment inadéquates car les groupes sociaux les moins favorisés ont également une moins bonne connaissance de l'importance des troubles de santé, une moins bonne compréhension des messages lancés par les campagnes de prévention tout public et une accessibilité limitée aux structures de soin.

Les inégalités de santé seraient la conséquence du style de vie, des comportements et du degré d'instruction. Nous avons ainsi de bonnes raisons de croire que la réduction des inégalités dans le domaine de la santé passe par l'action sociale et s'appuie sur des choix politiques.

En terme d'actions spécifiques, Avalosse est moins prolixe, il ajoute que seule une action sur l'ensemble des causes de la pauvreté pourra contribuer valablement et durablement à améliorer la santé des plus démunis.

Dans ce cadre, certaines mutualités se disent ouvertes à collaborer avec les C.P.A.S. et à agir davantage de manière préventive. Mais l'on se heurte là à de nombreux obstacles de type culturels.

Contrainte de vivre au jour le jour, une population pauvre perçoit difficilement des enjeux à long terme... Il y a donc à développer une culture de santé propre aux milieux défavorisés si l'on veut améliorer le recours aux soins de façon préventive, mais il faut aussi adapter à ces milieux les stratégies d'accès aux structures de soins et à la promotion de la santé.

Inversement, agir sur la santé est un moyen d'améliorer l'insertion sociale des personnes vivant en situation de précarité

Van Nieuwenhuysse identifie des facteurs intervenant dans le processus de précarité⁴. Des facteurs non relatifs à la santé et que l'on ne peut modifier (âge, sexe, emplacement géographique, aspects culturels), des facteurs non relatifs à la santé et qui sont modifiables (ressources faibles et irrégulières, bas niveau d'instruction, difficulté de gestion budgétaire, absence de vision à long terme, mauvaises conditions de logement, rythme de vie non structuré,...) et des facteurs relatifs à la santé. Les problèmes de santé concernent à la fois les domaines physique, mental et social. Parmi ceux-ci, on relève la malnutrition, qui se traduit spécifiquement par des excès de sucre et de graisse, des carences multiples en vitamines et sels minéraux.

La malnutrition et la précarité seraient donc inscrites dans un jeu complexe de relations de causes à effets. Il y aurait des facteurs prédisposants (les connaissances et préjugés en la matière, les croyances, les valeurs, les attitudes, le faible revenu et l'isolement), des facteurs facilitants (disponibilité des ressources, conditions d'achat, accessibilité des ressources, habileté à gérer un budget et à planifier son temps, compréhension à la lecture) et des facteurs renforçants (la famille, les pairs et les relais sociaux)⁵. C'est sur certains de ces facteurs qu'agit l'atelier cuisine.

Parmi les trois filières d'insertion dégageées par Goude⁶, l'atelier cuisine se réfère à la filière sociale, qui se donne pour objectif la restauration des aptitudes à maîtriser les exigences de la vie domestique et l'inscription dans des réseaux de vie sociale, d'échange de services, de solidarités de proximité.

La nécessité d'interventions pluridisciplinaires et plurisectorielles

Les déterminants de notre consommation, nous rappelle Barthélémy⁷, sont multifactoriels et s'il est des facteurs sur lesquels aucune action n'est possible, il en existe de nombreux autres sur lesquels une action directe ou indirecte peut être entreprise. Les champs d'action se trouvent ainsi à la croisée de multiples disciplines (responsables politiques, journalistes, enseignants, chercheurs, professionnels du secteur agro-alimentaire, intervenants sociaux,...). C'est cet aspect pluridisciplinaire, très riche, mais également très complexe, que cherchent à intégrer les ateliers cuisine. Il ne suffit pas d'organiser l'apprentissage d'une cuisine équilibrée, il importe également de s'intéresser aux possibilités d'approvisionnement pour la population concernée, aux facilités offertes par des organisations collectives et coopératives, aux stratégies de communication qui appuieront et amplifieront les messages.

Une coordination entre services est indispensable au rapprochement entre la santé et l'insertion sociale. Nous devons leur permettre d'être complémentaires et de rassembler leurs moyens pour endiguer la pauvreté.

Il apparaît ainsi que la présence de relais sociaux au sein des ateliers devient primordiale. Barthélémy⁸ souligne que les relais sociaux entrent dans l'environnement relationnel des individus. Leur capacité de communication et de gestion de groupe est donc essentielle. C'est un axe de me-

3 AVALOSSE H., "Inégalités sociales dans le domaine de la santé." M-Informations n°167, Département Recherche et Développement de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Août 1995.

4 VAN NIEUWENHUYSE M.L., "Les ateliers cuisine destinés à des personnes vivant en situation de précarité sociale: une démarche d'insertion sociale." Tome I. Service Education pour la Santé. Huy. Mai 1995., pp. 8-20.

5 VAN NIEUWENHUYSE M.L., op. cit. pp. 21-30.

6 FATRAS J.Y. et GOUDET B., "R.M.I. et Santé", Coll. La santé en action. Paris. CFES. 1993. p.40.

7 Barthélémy et al., "Alimentation et petit budget", Coll. La santé en action. Paris. CFES. 1994. p.32

8 Barthélémy et al., op. cit. pp. 29-37.

sure d'insertion qui permet de rompre l'isolement social et de susciter la naissance d'un nouveau réseau, ajoute Goudet⁹, à la suite du rapport Wrésinsky en 1987.

Parmi le foisonnement d'associations dans notre pays, plusieurs d'entre elles ont pour mission de favoriser la réinsertion sociale. Les Centres Publics d'Aide Sociale (C.P.A.S.) ont été créés pour répondre aux problèmes sociaux, administratifs et économiques de toute personne inscrite dans une commune belge. Ils sont notamment responsables de l'attribution du Minimex (le minimum de moyens d'existence). Ce sont des institutions idéalement placées pour entrer en contact avec des personnes socio-économiquement défavorisées.

En parallèle à cela, d'autres associations (ATD Quart-Monde, Oxfam, Restos du coeur, Sans-Logis,...), principalement dans les grandes villes, suppléent aux interventions des C.P.A.S., souvent débordés par les tâches administratives et qui n'échappent pas toujours à l'exercice d'un contrôle social.

Le Rapport Général sur la Pauvreté¹⁰ précise qu'au niveau de l'action sur le terrain des communes, les C.P.A.S., responsables d'entreprendre toutes les actions multidimensionnelles pour "permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine", pourraient être, selon leur degré d'implication, chargés d'impulser des "coordinations-santé" en partenariat avec les travailleurs locaux de la santé, médicaux, paramédicaux, les mutuelles, les associations de solidarité.

Il apparaît ainsi que la mise en place des ateliers cuisine exige un investissement tant humain que matériel et organisationnel. Il s'agit de développer de nouvelles compétences et d'impulser un changement dans la politique d'action: passer de l'individuel au collectif, créer un environnement solidaire, acquérir des compétences spécifiques liées à l'alimentation et au budget,... L'implantation de cette innovation devra donc impérativement être accompagnée, d'une part, de stratégies de formation et d'autre part, de stratégies d'analyse et de soutiens institutionnels.

Une évaluation

Afin de préciser les conditions à mettre en place pour réussir la diffu-

sion des ateliers cuisine, une enquête extensive, écrite et téléphonique, a été menée conjointement par l'A.P.E.S. et le S.E.S.¹¹

Cette enquête a été réalisée auprès de tous les C.P.A.S. de la Communauté française. Elle cherchait à atteindre cinq principaux objectifs:

- recueillir des informations générales sur le public-cible;
- comprendre la place que les agents sociaux attribuent à la nutrition et à la prévention en santé dans la gestion des problèmes de leur public-cible;
- connaître les activités que les C.P.A.S. mettent en place pour répondre aux demandes et besoins du public en ces domaines;
- connaître les freins et moteurs rencontrés lors de la réalisation de projets liés à l'alimentation;
- cerner les besoins de formation des agents sociaux et découvrir les attentes des C.P.A.S. vis-à-vis de la formule des ateliers cuisine du S.E.S.

127 questionnaires¹² sont rentrés, soit un taux de réponse de 47%.

Perceptions des besoins en matière d'éducation alimentaire et de prévention en santé

Tableau 1: Les causes du déséquilibre alimentaire selon les agents de C.P.A.S. (n = 127)

	% oui
1. Manque de ressources financières.....	87
2. Priorité du budget familial pour d'autres domaines.	68
3. Difficulté de choisir des aliments d'un bon rapport qualité/prix.	66
4. Habitudes culturelles.	61
5. Difficulté de préparation culinaire.	48
6. Situation isolée d'une personne.	42
7. Manque de recul vis-à-vis de la publicité.	38
8. Autres.	17

Autres: la facilité (plats préparés, manger vite, conserves) (8), la zone d'habitation

(proximité de grandes surfaces, manque de transport, moins de choix) (6), une méconnaissance des règles de base d'une bonne alimentation (6), les habitudes (4).

Voir apparaître en premier lieu les *dimensions budgétaires* semble cohérent puisque c'est l'absence de ressources qui amène au C.P.A.S. une grande partie des usagers. Toutefois, il est intéressant de constater que le *choix des aliments* est invoqué comme une cause du déséquilibre alimentaire par 66% des répondants et que près de 50% des C.P.A.S. mentionnent la *difficulté de préparation culinaire*. Ce sont là deux axes abordés par les ateliers cuisine.

Tableau 2: Le rôle de l'alimentation dans l'insertion sociale. (n=101)

	% oui
1. Améliorer la santé globale	72
2. Briser l'isolement	25
3. Favoriser une meilleure image de soi.....	22
4. Permettre un meilleur rendement au travail	19
5. Augmenter les moyens financiers	15
6. Autres rôles.....	6

Les agents de C.P.A.S. attribuent ainsi un rôle indirect à l'alimentation comme activité de réinsertion sociale.

Précisons que 20,5% des agents sociaux n'ont pas répondu à cette question et que 4% de ceux qui ont répondu estiment que l'alimentation ne joue aucun rôle dans l'insertion sociale. Ceci laisse supposer le malaise qu'il peut y avoir pour les intervenants sociaux à préciser le rôle de l'alimentation, en particulier dans ses relations avec l'insertion sociale.

⁹ FATRAS J.Y. et GOUDET B., op cit. pp.25-40

¹⁰ Fondation Roi Baudouin, op. cit. pp. 117-148

¹¹ Lechien X. et al., "Analyse des conditions d'implantation des ateliers cuisine; enquête extensive auprès des C.P.A.S. de la Communauté française de Belgique", A.P.E.S. et S.E.S. Huy. Document ronéotypé. Juin 1996.

¹² Ce chiffre exclut les 25 questionnaires rentrés après la date limite. Certaines données qualitatives originales présentes dans ces réponses ont été prises en compte pour interpréter les résultats.

nagement des locaux, équipements informatiques) dans la mesure des disponibilités budgétaires.

L'enjeu de la restructuration est de transformer progressivement une institution gérant historiquement des services de prévention médicale individuelle en une institution-ressource en promotion de la santé au service de collectivités.

Deux difficultés majeures sont à gérer dans ce processus:

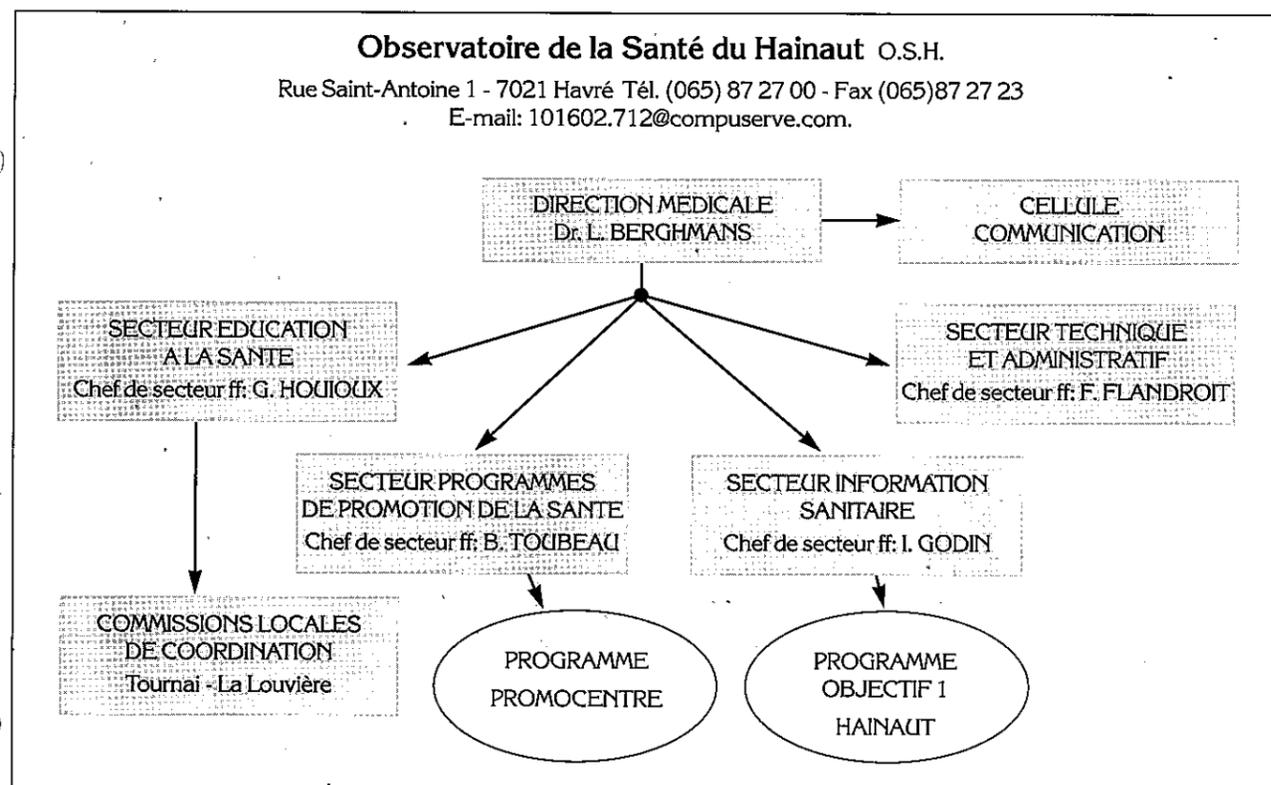
- il faut expliquer au public et aux décideurs locaux que l'arrêt des services médicaux n'est pas la conséquence de restrictions budgétaires mais d'un choix de santé publique. Et il est vrai que le bénéfice de ce choix n'est pas très visible à court terme par le public.

- une grande partie du personnel de l'O.S.H. est amené à changer radicalement son mode de fonctionnement et ses habitudes de travail dans le sens d'un plus grand engagement person-

nel et d'un renforcement de l'esprit d'équipe de production.

Il est prématuré de se prononcer sur la réussite du nouveau profilage de l'O.S.H. mais l'aval des instances politiques (cf le vote de la stratégie institutionnelle au Conseil Provincial) et l'engagement déterminé d'une partie du personnel dans des actions de promotion de la santé sont des acquis encourageants.

Luc Berghmans ■



Les outils disponibles à l'Observatoire de la Santé du Hainaut

Dans le cadre de sa mission d'appui aux intervenants socio-sanitaires, l'Observatoire réalise depuis plusieurs années déjà des outils de promotion de la santé. Divers types d'outils sont mis au point pour servir de supports destinés aux organisations désireuses de mener des actions dans le domaine de la santé.

Ainsi, l'Observatoire met à la disposition des collectivités locales, des

associations, des entreprises, des écoles, ... des supports de type individuel (brochures, dépliants) ou collectif (exposition, panneau d'animation, animation, dossiers pédagogiques). La logique qui guide la conception des outils repose à la fois sur des critères de pertinence scientifique et sur des critères d'utilisation.

L'ensemble des outils est présenté dans un répertoire. Ce répertoire rassemble actuellement une trentaine de fiches descriptives classées selon les thèmes suivants: activité physique, alimentation, cancers, maladies car-

dio-vasculaires, stress et tabac. Chaque fiche donne les indications relatives aux objectifs, au public cible, et à l'utilisation de l'outil. Le répertoire peut être obtenu sur simple demande. Les outils sont disponibles gratuitement dans la Province de Hainaut.

Geneviève Houioux, Responsable Secteur Education Santé ■

Observatoire de la Santé du Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065/87.27.00 et 065/87.26.79. Fax: 065/87.27.23.

manques, à des demandes et permettent de la sorte aux élèves de se forger leur propre image de la santé.

L'une des écoles nous proposait de goûter des pots de yaourt colorés soit en rouge, soit en vert, soit en brun. Bon nombre d'entre nous avaient reconnu, sans aucun doute possible, que le rouge était à la fraise, le brun au

chocolat,... mais, car il y a un mais, tous les yaourts étaient identiques sauf en ce qui concerne leur couleur!

Le rouge avait pourtant un si bon goût de fraise... mais ce n'était qu'une illusion. Espérons quant à nous que l'Ecole en santé n'en sera pas une, dans le climat que connaît le secteur de l'enseignement.

Ne perdons pas courage pour autant quant à la possibilité pour l'école de devenir un lieu de vie branché santé, car, comme le disait un des intervenants à Ciney, "on apprend en faisant, pas en disant..."

Jean-Benoît Dufour ■

■ L'Observatoire de la Santé du Hainaut prend un nouveau cap

L'Observatoire de la Santé du Hainaut est l'institut provincial de santé publique.

Il a comme mission la surveillance et la promotion de l'état de santé de la population du Hainaut.

Le personnel de l'institution comporte environ 70 agents, essentiellement du personnel paramédical et administratif.

Le budget s'élevait en 1995 à 113.842.000 FB.

La majeure partie du budget (90 %) finance les frais de personnel, le reste du budget assurant le fonctionnement propre de l'institut.

Historiquement, l'institution était chargée de la lutte contre la tuberculose. La diminution importante de cette épidémie entraîna dans les années 70 une réorientation des activités vers le dépistage médical des cancers et plus tard des facteurs de risque cardiovasculaire.

Une analyse institutionnelle effectuée en début d'année 95 déboucha sur un plan de restructuration actuellement en cours pour adapter les services rendus à la population aux concepts actuels de l'action de santé publique.

Les principales orientations stratégiques retenues dans cet exercice ont été reprises dans la Déclaration de la Politique Générale 1995-2000 votée en juin 1995 par le Conseil Provincial du Hainaut et sont résumées ci-dessous.

1° Contribuer au développement de programmes de promotion de la santé en Hainaut par la mise en place de nouvelles activités, à savoir :

* Appui en méthodes de promotion de la santé pour les associations ou collectivités locales. L'appui pourra prendre les formes suivantes:

- gestion de la documentation de santé publique;
- planification suivant les besoins de santé;
- techniques de programmation des actions de santé;
- gestion de réseaux d'opérateurs;
- plan de communication.

Concrètement, l'O.S.H. participe déjà aux programmes communautaires de promotion de la santé du cœur (Carolo Cardio Santé à Charleroi; Promocentre à La Louvière et environs) et aide certaines villes du Hainaut à mener des projets de santé, dans le cadre des subsides européens de l'Objectif 1.

* Activités dans le domaine de l'éducation à la santé

- répertoires d'outils disponibles en éducation à la santé;
- création d'outils de communication et mise à disposition des opérateurs de préférence dans le cadre de programmes globaux;
- évaluation d'outils et de programmes;
- gestion de deux C.L.C.

* Formation de relais locaux pour la gestion de programmes de santé et dans le domaine de l'éducation à la santé.

2° Mettre au point un système d'information sanitaire provincial pour évaluer l'état de santé de la population du Hainaut et permettre des choix de priorités.

3° Entamer des recherches-actions dans le domaine de la promotion de la santé.

La recherche-action est indispensable pour préserver et améliorer les activités de l'OSH, en cohérence avec un rôle d'institution-ressource.

Concrètement, les actions suivantes sont entreprises à moyen terme:

- collaboration à des études présentant un intérêt pour la promotion de la santé en Hainaut;
- initiation d'études pour compléter l'information de santé et/ou pour évaluer des outils et des programmes. Ces études sont menées soit par l'OSH seul ou en collaboration;
- utilisation des résultats dans la gestion des programmes d'actions.

La restructuration en pratique

La mise en œuvre concrète de la restructuration a débuté fin d'année 95 par la réorganisation de l'O.S.H. en trois services principaux: un service d'éducation à la santé, un service des programmes de promotion de la santé et un service d'information sanitaire (voir organigramme ci-après). Deux cadres spécialisés, l'un pour l'éducation à la santé et l'autre pour l'information sanitaire, sont entrés en fonction en mai 1996.

Cette réorganisation implique l'actualisation du cadre organique de manière à adapter progressivement le profil des ressources humaines de l'O.S.H. aux nouvelles missions.

Ces réformes fonctionnelles seront appuyées par une amélioration des conditions matérielles de travail (amé-

Interrogés sur les préoccupations du public cible, les assistants sociaux répondent que le public reste centré sur des problèmes budgétaires, mais il est vraisemblable que cette opinion soit influencée par les missions prioritaires des C.P.A.S.

L'alimentation n'apparaît pas en tant que telle, mais bien la nécessité d'accroître la reconnaissance sociale et de lutter contre la solitude.

La perception qu'ont les intervenants sociaux des besoins de leur population en matière d'alimentation et d'insertion sociale est donc cohérente avec les principes méthodologiques sur lesquels se fonde la formule des ateliers cuisine. De manière concrète, on apprend que 64% des C.P.A.S. ont perçu la nécessité de sensibiliser leur public aux différents aspects liés à l'équilibre alimentaire.

Bon nombre de C.P.A.S. souhaitent ainsi développer de nouveaux types d'activités par rapport à ce qui se fait déjà, notamment dans le domaine du logement et de la prévention en santé globale.

Intérêt pour la formule des 'ateliers cuisine'

La majeure partie des C.P.A.S. (80%) estiment que la formule ateliers cuisine rencontre les attentes de leur institution.

Par contre, cette tendance favorable disparaît lorsque l'on évoque les conditions pratiques de l'organisation de ces ateliers. Septante-deux pour cent d'entre eux formulent des doutes par rapport aux capacités matérielles d'y répondre. Ces doutes ont été répertoriés en trois grandes catégories.

Tableau 3: Obstacles à l'application des ateliers cuisine. (n=99)

	fr.
1. L'insuffisance de l'infrastructure	72
2. Le manque de disponibilité du personnel	25
3. Le choix d'autres priorités d'actions	22

On apprend enfin que si les agents sociaux des C.P.A.S. sont favorables à 90% à des actions de type collectif/communautaire, qui constitue le

contexte méthodologique général des ateliers cuisine, la majorité (81%) d'entre eux estiment qu'il est nécessaire d'accompagner cette démarche d'une formation continue appropriée pour eux-mêmes.

Il est à noter que cette demande s'inscrit dans une problématique plus générale concernant la formation continue des assistants sociaux. En effet, une récente étude¹³ révélait à quel point le personnel social des Services d'aide à domicile, en ce compris des C.P.A.S., regrettait l'absence d'un encadrement formatif cohérent pour accompagner l'évolution de son travail.

Il n'en reste pas moins que 74,5% des personnes interrogées estiment que ces ateliers cuisine sont adaptés au public inscrit dans leurs institutions.

Description d'expériences similaires

L'analyse de l'enquête écrite nous a appris, d'une part, que 8% des institutions sociales organisaient des cours de cuisine et, d'autre part, que certaines expériences ou initiatives étaient menées dans le voisinage des C.P.A.S. Il était alors important de prendre connaissance des originalités de ces activités et de percevoir quelles composantes éducatives elles reprenaient.

Quarante C.P.A.S., parmi les répondants de l'enquête écrite, ont été retenus pour un entretien semi-dirigé par téléphone. Un grand nombre d'entretiens n'ont pu être réalisés à cause de l'indisponibilité du responsable ou de la personne ayant répondu au questionnaire, ou de la disparition de l'activité concernée. Neuf de ces contacts téléphoniques ont néanmoins fourni des informations intéressantes en rapport avec les ateliers cuisine. Les C.P.A.S. concernés sont Rochefort, Ciney, Bassenge, Ans, Malmédy, Mons, Ouffet, Chaudfontaine, Flémalle.

Dans chaque cas, un menu est choisi, préparé et consommé en commun. L'organisation des courses varie d'un endroit à l'autre. Parfois, l'une ou l'autre participante assiste à l'achat des ingrédients sur le marché. C'est alors l'occasion d'être sensibilisée au prix du menu et des aliments.

Cette activité répond à une demande du public avant tout. Elle peut être lancée par un stagiaire, mais elle est

régulièrement inscrite dans une réinsertion socio-professionnelle plus large. Elle est dans ce sens un complément du service de médiation ou de guidance budgétaire. L'objectif visé est avant tout la resocialisation: seules trois activités sur neuf intègrent un souci diététique.

Dans chacun des cas, le public concerné est un groupe de femmes, chômeuses ou minimexées. La taille du groupe est petite, de 4 à 12 personnes par séance. Ce même groupe est fixe tout au long de l'année, si ce n'est à Flémalle où une soixantaine de personnes sont concernées au total, sur l'année, grâce à un système de tournante. L'activité est hebdomadaire ou mensuelle.

Les personnes sont informées de l'existence de l'activité lors d'un entretien individuel avec l'assistant social. Seul le C.P.A.S. de Malmédy se soucie d'une publicité au tout venant (tracts, affiches).

L'activité est généralement présentée comme une alternative à la guidance budgétaire et donc à l'encadrement du C.P.A.S., la présence à l'activité est obligatoire dans la plupart des cas. Il est parfois vivement requis de présenter un certificat médical en cas d'absence. Par ailleurs, certains C.P.A.S. impliquent l'utilisateur dans la répartition des tâches en organisant un roulement des personnes inscrites pour préparer les menus et faire les courses. L'institution fournit dans tous les cas les ingrédients et le matériel de cuisine. Un seul C.P.A.S. demande une participation financière.

Deux C.P.A.S. ont organisé pour les participants, avant le début de l'activité proprement dite, des cours de remise à niveau tant pour les techniques culinaires que pour les questions d'organisation (nettoyage, entretien,...).

Quant à l'impact observé, les assistants sociaux interrogés font remarquer qu'une lente reconstruction de la personne apparaît, qu'une certaine valorisation sociale se crée, que les relations au sein des familles s'améliorent.

¹³ LECHEN X. - VANDOORNE C. "La formation des agents des Services d'Aide et de Soins à Domicile à la prévention des accidents domestiques et des chutes chez les personnes âgées." Evaluation des résultats et des procédures des formations organisées par Educa-Santé et le Réseau Actions Sécurité. Octobre 1995. 41p.

Les participants essayent certains menus à domicile et viennent parfois avec des recettes personnelles.

Enfin, l'intérêt relevé pour la formule ateliers cuisine du S.E.S. tient au fait qu'elle représente une volonté d'éducation vers l'autonomie de la population et qu'elle est gérée par des professionnels.

Conclusions et perspectives

Cette enquête a permis de préciser plusieurs éléments du contexte dans lequel s'inscrivent les ateliers cuisine.

Éléments favorables à la diffusion des ateliers cuisine

- existence d'activités liées à l'accompagnement budgétaire, à la cuisine collective et à l'approvisionnement;
- présence d'un souci pour l'alimentation et pour la prévention en santé globale dans les représentations des intervenants de C.P.A.S.;
- désir de formation de la part du personnel social;
- intérêt du personnel social pour développer des actions de type collectif et un partenariat local;
- motivation du public cible pour les rencontres de groupe;
- accueil favorable des assistants sociaux à la formule d'ateliers cuisine proposée;
- existence de services d'aides familiales et/ou d'aides ménagères;
- existence d'expériences déjà encadrées à l'étranger, liée à cette problématique.

Éléments défavorables à la diffusion des ateliers cuisine

- limites de l'infrastructure des C.P.A.S. (manque de matériel de cuisine, de locaux);
- manque de personnel qualifié et problèmes de disponibilité;
- rigidité administrative (inscription budgétaire);
- habitude d'une approche individuelle dans l'intervention des C.P.A.S.;
- autres priorités d'action pour encadrer leur population cible;
- peu d'activités qui favorisent l'auto-

nomie des bénéficiaires;

- peu de place pour la prévention dans les préoccupations de la population.

Commentaires

L'analyse des éléments favorables fait apparaître plusieurs indices d'ouverture du personnel de C.P.A.S. à la démarche d'ateliers cuisine, qui se situe en continuité par rapport à des activités existantes, mais qui pourrait aussi servir de tremplin à d'autres activités de prévention en santé globale.

Les souhaits de formation, de partenariat, d'activités de groupes sont également des atouts qui permettront de juguler certains éléments défavorables, comme les lacunes dans l'infrastructure et la qualification du personnel, ou le manque d'intérêt de la population pour la prévention.

Enfin, d'autres obstacles qui impliquent plus le C.P.A.S. en tant qu'institution nécessitent un engagement des responsables administratifs et politiques de ceux-ci: réorganisation des missions du personnel, inscription budgétaire liée au fonctionnement de l'atelier cuisine, priorité au développement des activités à caractère préventif, etc.

Il importe donc de convaincre les responsables de C.P.A.S. que les ateliers cuisine offrent de réelles perspectives de développement et de progrès pour leur institution. L'approche éducative que cela représente est une innovation dans la politique d'encadrement des institutions sociales. C'est une manière nouvelle de viser une autonomisation des usagers.

En guise de synthèse, on peut affirmer que la réussite de la diffusion des ateliers cuisine comme stratégie de promotion de la santé et d'insertion socio-professionnelle en Communauté française, passera par la mise en place des stratégies suivantes:

- faciliter l'introduction d'innovations dans la structure et l'organisation des C.P.A.S.;
- adapter les modalités de l'atelier cuisine aux demandes et besoins locaux;

- former les intervenants sociaux à des méthodes d'interventions collectives pour la prévention en santé;
- stimuler l'autonomisation de la population dans la prise en charge de l'atelier cuisine;
- instaurer un partenariat intersectoriel et interinstitutionnel;
- renforcer les liens entre ateliers cuisine et initiatives de réinsertion professionnelle.

Pour conclure, signalons que cette enquête a suscité, dans le chef de ses promoteurs¹⁴, une volonté de s'adapter aux réalités observées en modifiant à l'avenir le terme générique "d'ateliers cuisine". Il apparaît en effet plus juste, au vu du caractère primordial des échanges sociaux que permettent ces activités, de parler dorénavant de "Cuisines-Rencontres".

Cette enquête aura suscité par ailleurs, auprès de certains C.P.A.S., la volonté d'entreprendre des actions de promotion de la santé, par la mise en place, dès septembre 1996, de "Cuisines-Rencontres". Il sera donc important de les soutenir dans leur démarche. Aussi, un projet dans ce sens a été déposé auprès du Ministère de la Communauté française et de l'Union des Villes et des Communes.

Devant les résistances et les difficultés invoquées dans les réponses à notre enquête, il semble en effet préférable de tester avec les institutions les plus favorables l'ensemble de la procédure de formation et des autres mesures d'accompagnement de l'implantation des "Cuisines Rencontres". La diffusion s'opérera alors par un effet multiplicateur sur base de stratégies rendues plus performantes par l'accumulation d'expériences évaluées.

Xavier Lechien, A.P.E.S., et Sophie Bourlet, S.E.S. ■

¹⁴ Pour toute information sur les possibilités d'organiser ces cuisines rencontres, contactez Sophie Bourlet ou Pascale Mélotte au Service Education Santé (S.E.S.), Chaussée de Wareme 139, 4500 Huy (085/212576).

Fenêtres ouvertes sur l'Ecole "en santé"

Le samedi 8 juin, par un temps superbe, parents, élèves, professeurs et professionnels de la santé se sont donné rendez-vous, à l'initiative du Réseau Européen d'Ecoles en Santé (REES), au domaine de Saint Quentin à Ciney. L'événement était de taille puisqu'il s'agissait de présenter les actions et les réalisations de 11 écoles-pilotes belges francophones.

Le REES, pour ceux qui l'ignoraient, est une action commune lancée par l'O.M.S. Europe, la Commission des Communautés Européennes (CEE) et le Conseil de l'Europe (CE). Elle poursuit un double objectif:

- mettre en application le concept d'école promotrice de la santé dans une douzaine d'écoles-pilotes par pays;

- assurer la diffusion des expériences ainsi réalisées auprès de l'ensemble des écoles de la communauté scolaire.

A ce deuxième objectif correspond le concept de l'école adhérente. Ce sont des écoles, en nombre illimité, qui désirent être conseillées en éducation pour la santé, participer à des séminaires et être informées du développement des initiatives prises par d'autres écoles.

Cette action est coordonnée, pour la Communauté française de Belgique, par le service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique. Ce service propose aux écoles adhérentes un encadrement méthodologique, un soutien logistique, des outils pédagogiques et propose des échanges pour leur permettre de progresser vers une "Ecole Ensantée".

Mais n'est pas école en santé qui veut. Pour mériter ce "label" il faut appliquer et respecter les principes théoriques et méthodologiques inscrits dans les "12 critères de l'école en santé":

1. Construire le programme de promotion de la santé à partir des attentes, des demandes, des besoins des élèves;
2. Promouvoir activement l'estime de soi de chaque élève;

3. Favoriser les bonnes relations entre enseignants et élèves et entre les élèves eux-mêmes;

4. Faire percevoir clairement aux élèves et aux enseignants le projet pédagogique et les objectifs sociaux de l'école;

5. Mobiliser les élèves dans des activités stimulantes incitant à un mode de vie sain;

6. Protéger et/ou améliorer l'environnement physique que constitue l'école;

7. Fonder des relations solides entre l'école et le milieu familial;

8. Etablir des liens continus entre l'enseignement maternel, l'enseignement fondamental et l'enseignement secondaire associés pour élaborer des programmes d'éducation cohérents;

9. Promouvoir activement la santé et le bien-être du personnel enseignant et du personnel d'encadrement;

10. Conférer aux enseignants un rôle de référence en matière de santé;

11. Affirmer le rôle complémentaire de l'alimentation scolaire dans le programme d'éducation pour la santé;

12. Exploiter le potentiel éducatif des services de santé dans l'optique d'un soutien actif du programme d'éducation pour la santé.

(d'après le livret "Le Réseau Européen d'Ecoles en Santé", Action commune O.M.S.-C.E.-C.C.E., Copenhague, 1993)

L'école en tant que lieu d'apprentissage et d'expérience constitue un lieu privilégié de développement de comportements et par là-même d'apprentissage de modes de vie sains.

André Lufin, responsable de projet au service Education pour la santé de la Croix-Rouge de Belgique fait remarquer que "à cette optique s'ajoute une démarche de stricte prévention primaire. L'une des motivations qui a poussé les autorités européennes à développer le concept d'une école saine est l'inquiétude exprimée par les gouvernements devant la multiplication et la diversité des menaces qui pèsent sur la santé des jeunes: drogues, alcool, tabagisme, accidents, sida, ... La plu-

part de ces risques peuvent être évités ou réduits grâce à des programmes efficaces d'éducation pour la santé conjugués à une politique active en matière de promotion d'un environnement de qualité."

Et de poursuivre "L'école en santé n'est pas que le projet d'un directeur, il s'agit d'un projet d'école devant mobiliser l'ensemble des enseignants en "utilisant" les motivations, les compétences, les disponibilités de chacun;

- les élèves comme acteurs, décideurs et responsables;

- le personnel administratif et logistique (économe, concierge, nettoyeurs, ...);

- les I.M.S./P.M.S.;

- les organes de sécurité ..."

La participation des parents et des communautés locales sont des facteurs non négligeables de réussite. En effet, les décisions prises par l'enfant trouveront de la sorte des relais au sein de la famille ou des mouvements de jeunesse qui pourront amplifier et diversifier les actions entreprises à l'école.

Les participants à cette journée qui craignaient d'assister à un colloque verbeux et ennuyant ont dû être rassurés, car les organisateurs nous ont fait partager leur passion de l'éducation pour la santé.

Par groupe et en compagnie d'un guide, nous nous sommes répartis dans différents ateliers animés par des enseignants, des parents, des élèves ou des éducateurs. Nous y avons découvert les réalisations concrètes d'au moins 4 écoles-pilotes. Les jeux et les démarches interactives auxquelles chacun était invité à participer, permettaient une immersion dans l'esprit et la philosophie de ces écoles en dévoilant l'énorme énergie et la foi déployées par ces acteurs de la santé.

Si les approches restent différentes d'une école à l'autre, c'est que les milieux sont différents, les sensibilités aussi. Les outils pédagogiques mis en place répondent avec précision à des