



Les besoins de santé des adolescents

Contre le sida, persister et innover

Faut-il penser que tout a été essayé contre le sida ? Qu'il faut s'incliner devant les échecs ? Et se reposer sur nos lauriers, là où nous enregistrons des succès ? Voyons quelques exemples de ces deux cas.

Le traitement

Les chercheurs sont talonnés par la nécessité de trouver toujours de nouveaux médicaments contre le virus devenu résistant aux traitements précédents, et témoignent de beaucoup d'imagination. Evoquons seulement une récente tentative. Les médicaments employés jusqu'ici diminuent la réplication du VIH lorsqu'il est déjà entré dans la cellule, et on réussit à réduire cette multiplication de façon très importante. Mais dès sa pénétration dans la cellule, le VIH est allé intégrer ses gènes dans un chromosome de la cellule hôte, le lymphocyte. Celui-ci désormais va transmettre le génome viral à ses cellules filles, et ceci à l'abri des médicaments.

Les traitements actuels s'adressent donc à un fait accompli, un virus déjà installé. Une nouvelle offensive médicale essaiera de prendre l'infection virale à sa source, en empêchant le VIH d'entrer dans les lymphocytes. Pour cela on essaie des molécules qui vont se lier à la membrane cellulaire, juste à la « porte » qu'emploie le virus pour entrer, porte que l'on appelle récepteur. Le plus fréquent est le CCR5, en Europe, et le CXR4, en Afrique.

Mais à quoi sert donc le récepteur au VIH, dans la vie de tous les jours ? Il n'a pas été « créé » chez l'homme pour accueillir, un jour, tel virus particulier. Il doit avoir une fonction et l'on pourrait donc craindre que le recouvrir d'un médicament ait des effets néfastes sur notre organisme. Pourtant, les premiers essais cliniques de drogues se liant au CCR5 n'ont pas entraîné d'effet toxique. Il est vrai qu'aux doses employées, le médicament ne supprime pas totalement l'infection virale. Si les molécules touchent un lymphocyte sur dix, cela peut déjà réduire l'entrée virale de manière importante, tandis que 90 % de ces lymphocytes peuvent continuer à faire leur boulot.

Le VIH, de la mère à l'enfant

Aujourd'hui que le pronostic du sida est meilleur, bien des femmes atteintes expriment avec détermination leur désir de grossesse. Mais le virus persiste en elles. Pour diminuer les risques de contamination du bébé, une première mesure visa à diminuer le temps écoulé entre la rupture de la poche des eaux et la naissance. Car c'est au cours du passage dans le vagin que le nouveau-né se sera infecté. Certes, la césarienne se



présentait comme la solution de choix, dans les circonstances où cela était possible, mais une césarienne classique comportait un contact important du nouveau-né avec le sang de la mère infectée. Ceci incita à mettre au point une technique, appelée « césarienne exsangue », qui minimise le saignement.

Ce comportement médical est applicable seulement dans des situations privilégiées. Il est plus aisé de généraliser des médicaments chez la future mère et chez l'enfant.

Après l'accouchement, le traitement est interrompu chez la mère, sauf indication clinique. Il reste pourtant le risque que le lait maternel, riche en virus, contamine l'enfant. Le bébé peut parfois boire le lait de sa mère infectée sans se contaminer. Et puis, tardivement, lors d'allaitements prolongés, le bébé de 9 à 10 mois s'infecte. Il semble que la teneur du lait en virus augmente avec le temps. Aussi, pour les pays pauvres, divers schémas ont-ils été successivement proposés :

- une dose unique de médicament chez l'enfant à la naissance, puis allaitement libre, avec pour conséquence 11 % de bébés contaminés par le VIH ;
- puis, traitement de l'enfant jusqu'à l'âge de 14 semaines et allaitement libre : 5 % d'enfants contaminés ;
- c'était encore trop ! Devant cet « entêtement » du lait maternel à contaminer, on reporta l'allaitement jusqu'au 3^e mois ;
- mais aujourd'hui, jugeant ce schéma encore imparfait, on étend l'allaitement complet jusqu'à 6 mois, suivi d'une diminution progressive du lait maternel avec compensation par aliments « propres » dilués dans de l'eau bouillie.

Est-il besoin de dire que, dans les pays favorisés, on déconseille radicalement l'allaitement par la mère contaminée ? Il faut compenser ceci

par une propagande auprès des jeunes mères saines, pour le don de leur lait s'il est en excédent.

La protection intra-vaginale

L'application dans le vagin, avant le rapport sexuel, d'une crème contenant un produit microbicide, vise à protéger la femme contre la contamination par le sperme. En outre, si c'est la femme qui est infectée par le VIH, la molécule anti VIH présente dans le vagin protégera l'homme contre l'infection.

Au fil des années d'essais, ce beau rêve paraît s'évaporer en fumée. Il faut bien se rendre à l'évidence : les molécules qui inactivent le VIH, au laboratoire, dans un tube à essai, ont un faible effet dans le milieu vaginal. En outre, les souches virales empruntant le récepteur CCR5 se sont révélées moins sensibles aux microbicides que celles utilisant le CCR4. Or, c'est par le CCR5 que le VIH pénètre au travers de la muqueuse vaginale... Pire : certains de ces produits se révélèrent irritants pour cette muqueuse, augmentant ainsi les risques de contamination.

Malgré les résultats peu encourageants, des femmes ont employé régulièrement un microbicide intra-vaginal, et, pour faire face à toute éventualité, recouraient à une application tous les matins « au cas où ». Mais, si l'occasion se

Solidarité et exclusion

Traditionnellement, la Journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre est l'occasion de mettre la maladie à l'avant-plan en axant les messages sur la solidarité avec les malades et la lutte contre l'exclusion dont ils peuvent être victimes, ici comme ailleurs. Cette année ne faillit pas à la règle, puisque la Plate-forme prévention sida reprend la campagne de l'an dernier, qui faisait appel à des personnalités francophones connues pour porter le message.

Vous vous souvenez peut-être que les spots TV mettaient en scène deux chanteurs, Maurane et Jeff Bodart. On comprendra aisément que seul le spot 'Maurane' (qui était à notre avis le meilleur des deux) passera cette année...

Plate-forme prévention sida,

rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.

Tél.: 02 733 72 99. Fax : 02 646 89 68.

Courriel : info@preventionsida.org.

Internet : www.preventionsida.org.

présentait l'après-midi, l'action faible du microbicide se trouvait diluée avec le temps. Tenaces, certaines femmes expérimentent maintenant l'application d'un anneau imprégné du microbicide et qui le diffuse progressivement.

Devant les progrès du traitement de l'infection sidéenne, le projet s'installe de préparer des onguents intra-vaginaux qui contiennent, non plus un produit chimique peu spécifique, mais bien l'un des médicaments anti VIH qui se montrent si efficaces pour traiter les malades. Les premiers essais ont été effectués chez des couples de singes, dont le mâle, infecté, produisait beaucoup de virus. La femelle macaque était traitée par voie vaginale avant de rencontrer son partenaire.

A ce stade des recherches, on peut déjà émettre une mise en garde. Les sujets infectés et déjà traités, peuvent porter du VIH résistant. Le sperme de l'homme peut alors envoyer du virus résistant dans le vagin et, narguant le médicament de l'onguent, envoyer directement du virus résistant à la femme. Si c'est elle qui est infectée, et déjà porteuse de virus résistants, elle laisserait passer ceux-ci vers le sperme.

Le vaccin

On peut comprendre que la personne infectée par le VIH se défende mal contre l'infection – puisque ce virus investit justement les lympho-

cytes CD 4, qui jouent un rôle clef dans nos défenses.

Mais vacciner un sujet sain, pourquoi est-ce si difficile ? On en est arrivé, aujourd'hui, après tant d'échecs, à miser sur les médicaments pour freiner l'épidémie. En effet, chez les sujets traités, la quantité de virus a beaucoup diminué, dans le sang, dans le sperme et dans le vagin. En outre, quand des mutants résistants aux médicaments se développent, ils sont faibles, moins contagieux...

La circoncision

Cette coutume d'hygiène est vieille comme le monde, et limite le transfert des infections par relation sexuelle. Elle expliquerait pourquoi le Maghreb est peu envahi par l'épidémie de sida, de même que certains pays musulmans d'Afrique subsaharienne, et Israël. Une protection particulière à l'égard du sida serait due au fait que les cellules de Langerhans, présentes dans la muqueuse du prépuce, multiplient le VIH. Trois essais cliniques, en Afrique, ont concerné des hommes « volages » aux relations multiples, sans préservatif. Chez eux, on pratiqua la circoncision dans la moitié des cas. On pouvait craindre que le groupe des circoncis, potentiellement protégés, s'en donne à cœur joie dans les comportements à risque, tandis que l'autre groupe témoin, auquel il était diffi-

cile de cacher que leur prépuce était intact, auraient pris plus de précautions. Malgré ce biais potentiel, en défaveur d'un effet bénéfique de la circoncision, l'influence protectrice de la circoncision se révéla flagrante : au cours des quelques années suivant l'intervention, les infections par VIH furent deux à trois fois moindres dans le groupe des circoncis. Une diminution qui peut freiner l'épidémie.

La circoncision ne supprime pas totalement le risque d'infection par VIH et ne dispense donc pas d'utiliser le préservatif. Mais elle serait un allié efficace contre la propagation de l'épidémie.

Ne pas oublier la 'bonne vieille' prévention

Neuf personnalités mondiales, interrogées sur les priorités actuelles dans la lutte contre le sida, ont répondu par un ou plusieurs souhaits :

- vient encore en tête, prolonger la recherche de nouveaux médicaments ;
- puis, ex aequo, viser à modifier des comportements de la société et organiser des campagnes de circoncision ;
- enfin, également ex aequo, et malgré les échecs cuisants, s'entêter dans les recherches sur des produits antiviraux en application intra-vaginale, et sur des vaccins.

On peut regretter que, parmi ces efforts médicaux têtus et inventifs, le comportement des

Offrir un accès universel au traitement

A la XVII^e Conférence internationale sur le sida à Mexico, au mois d'août dernier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé une publication sur les interventions prioritaires visant à aider les pays à revenu faible ou intermédiaire à se rapprocher de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien concernant le VIH/sida.

Les *Interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : prévention, traitement et soins* regroupent les interventions prioritaires recommandées par l'OMS pour le secteur de la santé. Les informations fournies vont de la procédure à suivre pour élargir les programmes de préservatifs, aux dernières recommandations, normes et directives thérapeutiques. La publication doit constituer un document « évolutif » qui sera mis à jour périodiquement avec l'adjonction de nouvelles recommandations fondées sur l'expérience toujours plus riche du secteur de la santé en matière d'interventions.

Comme l'a souligné le D^r Kevin M. De Cock, Directeur du Département VIH/sida à l'OMS, « Ce document répond à un besoin que les pays

éprouvent depuis longtemps. Les meilleures recommandations de l'OMS sur les mesures mondiales à prendre par le secteur de la santé se retrouvent ainsi regroupées au même endroit. »

L'OMS a réuni l'ensemble afin de promouvoir l'utilisation la plus efficace des recommandations existantes spécifiquement destinées à des situations où les ressources sont limitées. D'après les auteurs, les pays pourront ainsi tenir d'ici 2010 l'engagement qu'ils ont pris il y a deux ans à la réunion de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida concernant l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.

Les *Interventions prioritaires* visent à :

- décrire les interventions prioritaires du secteur de la santé concernant le VIH/sida qui sont nécessaires pour assurer l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins ;
- guider la sélection des interventions pour la prévention, le traitement et les soins et faciliter l'établissement d'un ordre de priorités ;
- orienter les lecteurs vers des ressources et des références de l'OMS contenant les meilleures

informations disponibles sur l'action du secteur de la santé face au VIH/sida.

L'extension du traitement contre le VIH dans les pays les plus pauvres de la planète renforce sensiblement le secteur de la santé de différentes manières, par exemple par la mise en place et l'extension de l'infrastructure, notamment des laboratoires et des centres de soins, un meilleur personnel de santé, des systèmes d'achat et de gestion des stocks plus efficaces et un financement durable.

L'OMS lance dans un premier temps le document sur cédérom, mais il sera disponible dans plusieurs formats, notamment sur support imprimé et sur internet. L'intention est de permettre aux partenaires d'échanger entre eux leurs informations et de faire profiter le secteur de la santé de leur expérience face au VIH/sida.

Pour plus de renseignements, consulter le site du Département VIH/sida de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/hiv>.

Communiqué de presse OMS/25,
5 août 2008

amoureux se trouve enfoui, comme une simple approche parmi d'autres. Sur ce point, le thème habituel insiste sur la précaution que chacun doit prendre pour se protéger contre le risque apporté par l'autre. Et l'on ose à peine demander l'inverse : veiller à ne pas contaminer son prochain.

Prenons un exemple concret : dans certains pays d'Afrique, il est d'usage pour une jeune d'entamer une relation avec un protecteur aîné.

C'est, du point de vue de l'épidémiologiste, l'une des pires pratiques : dans de telles relations, l'adolescente va chercher le virus chez cet aîné et le ramène dans sa tranche d'âge, lorsqu'elle tombe amoureuse d'un copain. Dans ces pays, les campagnes « Aimez donc les jeunes gens de votre âge », où le garçon était très attirant, auraient eu une influence positive. Mais pourquoi ne pas responsabiliser aussi le partenaire âgé qui apporte le risque ? Chez nous, ne

pourrait-on s'adresser au partenaire volage pour qu'il assume ses responsabilités ? Dans l'attitude envers le sida, il n'y a pas que la peur de l'autre mais aussi la peur de contaminer l'autre. Une façon de faire converger les deux serait de mieux lier connaissance avant la relation sexuelle. Le slogan « *Le sida, parlons-en* » est source de si jolies images...

Lise Thiry

Un programme de prévention des violences à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)

« On dit d'un fleuve emportant tout qu'il est violent, mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent » (Bertold Brecht)

Un contexte d'exception

Le programme de prévention des violences à destination des élèves du collège Albert Camus de Clermont Ferrand s'est inspiré du dispositif pédagogique *Grain de sable* conçu par l'ALC de Nice¹ et adapté par le Cadis-Crips Auvergne². Le collège Albert Camus, situé dans les quartiers nord de la ville de Clermont Ferrand (quartiers Croix de Neyrat et Champratel), est caractérisé ZUS et ZEP/REP³. Cet établissement est donc concerné par les dispositifs « Ambition réussite » pour l'Éducation Nationale et « Réussite éducative » pour la Politique de la Ville.

Une conjoncture favorable d'acteurs dynamiques et de partenariats fructueux a permis ce contexte d'exception :

- une équipe éducative très largement pluridisciplinaire : médico-sociale, conseiller principal d'éducation, professeurs d'éducation pour la santé, enseignants de SEGPA (section générale professionnelle adaptée) et du collège, coordonnateur ZEP, qui a mené en amont une réflexion sur les problèmes de violence amorcée au sein de l'établissement et en lien avec le quartier ;
- une approche territoriale concertée ;
- une forte culture partenariale locale pré-existante entre professionnels de l'éducation et acteurs sociaux.

Associée à un lien culturel et social permanent entre le collège et le quartier, elle a permis un étayage solide autour des jeunes et un maintien de la démarche dans la durée.

Enfin, une volonté forte du chef d'établissement

a facilité la mise en place d'actions de formation des personnels.

La richesse pédagogique du programme

Son évolution et son adaptation, liées à un processus d'évaluation permanente, ont été, grâce à l'énergie créatrice des acteurs, sources d'enrichissement et d'innovations face au programme initial dispensé pendant la formation.

Le dispositif *Grain de sable*

Mis en place depuis 2001 sur la région Auvergne par l'association Cadis-Crips Auvergne, ce « Programme de prévention des violences faites aux jeunes » a été le point de départ de la mobilisation des acteurs pour agir.

Inspiré du programme *Grain de sable* conçu par le Service de Prévention et de Réadaptation Sociale (SPRS) de Nice, il repose sur l'idée que, dans la violence, chacun est appelé à être ou à devenir le grain de sable d'un engrenage qui le concerne lui-même ou quelqu'un de son entourage. Il devient ainsi une courroie de transmission dans la prévention de la violence.

Le programme met donc en jeu à la fois les jeunes (10-18 ans) mais aussi des adultes relais volontaires, des personnes ressources (éducateurs, animateurs de quartier, assistantes sociales, médecins, enseignants...) ainsi que les parents.

Cette notion de partenariat est fondamentale car elle invite toute une communauté à la réflexion et à la participation sur le thème de la prévention des violences.

La possibilité pour les jeunes d'être acteurs est un autre facteur essentiel, déterminé par un des objectifs principaux de ce projet, à savoir leur permettre d'adhérer en toute liberté à des règles de morale collectives en passant par une réflexion sur l'image de soi, la connaissance de l'autre et l'ouverture sur les différences.

Par l'intermédiaire d'un vidéogramme composé de différentes séquences mettant en scène des situations de violences subies ou agies (verbales, physiques et psychologiques), les jeunes sont amenés à repérer les différents champs de la violence, à identifier leurs droits et leurs devoirs, en proposant des alternatives positives aux protagonistes du film.

Le même vidéogramme est visionné par les adultes participant au projet.

Des questionnaires, distribués avant et après les séances, permettent d'évaluer l'impact de ces interventions et de proposer en concertation avec les jeunes la mise en place d'actions auprès de leurs pairs, soit dans leur quartier soit au sein de leur établissement scolaire.

La stratégie de formation

La mise en place de formations à l'utilisation de ce programme dispensées par les formateurs du Groupe Ressource Régional de Prévention en Auvergne et destinées aux personnels éducatifs, sanitaires et sociaux d'un même territoire, ainsi qu'aux parents désireux de concourir à ce projet, a permis de réunir tous les acteurs volontaires pour participer, grâce à cette culture commune, à un projet collectif concret de prévention.

Construite pour réfléchir ensemble aux mécanismes de la violence, ainsi qu'à nos propres représentations de ce phénomène, cette formation vise à favoriser la mise en place du dispositif *Grain de sable* après en avoir expérimenté l'utilisation au cours de la formation.

51 personnes du collège et du quartier ont ainsi été formées depuis 4 ans.

De cette synergie d'acteurs ont émané diverses actions de prévention déclinées aux pages suivantes et qui ont pu voir le jour au profit des populations de ce territoire.

1 Accompagnement, Lieu d'Accueil

2 CADIS : Centre d'Accueil, de Documentation, d'Information et de formation du Sida - CRIPS : Centre Régional d'Information Prévention Sida, association régionale et locale de prévention du sida en Auvergne.

3 ZUS : Zone Urbaine Sensible, ZEP/REP : Zone d'Éducation Prioritaire/Réseau d'Éducation Prioritaire.

Les interventions en milieu scolaire auprès des élèves de collège

Pour l'équipe de professionnels formés, après avoir élaboré ensemble leur projet, s'est très vite imposée la nécessité de réfléchir à des modalités spécifiques d'intervention qui s'inscrivent dans la durée, c'est-à-dire pendant les années « collège », de la classe de 6^e à celle de 3^e en veillant à adapter les interventions à chaque niveau de classe.

Objectifs de la première année

- Permettre aux jeunes d'identifier les différentes formes de violences et leur offrir un espace de parole et de réflexion sur ces questions, dans un climat de confiance et de confidentialité, en utilisant la cassette vidéo *Grain de sable* dans son intégralité.
- Leur permettre de repérer dans et hors du collège les adultes susceptibles d'être « relais » ou « ressources ».

Les thèmes abordés sont plus spécifiquement ceux du racket, du rôle des amis, de l'approche de la sexualité.

Objectifs de la deuxième année

- Travailler avec les élèves sur leurs représentations de la violence à partir du photolangage *Grain de sable*, en leur proposant de choisir une photo qui exprime ou représente pour eux la violence.
- Leur faire prendre conscience de la diversité des opinions, des valeurs ou des croyances et les enjoindre à respecter ces différences.
- Orienter vers des adultes référents à contacter si nécessaire dans le collège et le quartier.

Les thèmes abordés sont le respect dans les relations garçons/filles, les relations parents/enfants, l'homosexualité.

Objectifs de la troisième année

- Amener les élèves à prendre conscience d'une situation de harcèlement grâce à un DVD, outil pédagogique réalisé par des enseignants de l'académie à partir de témoignages de jeunes victimes.
- Amener les victimes de harcèlement à réagir et demander de l'aide aux personnes ressources.
- Amener les élèves à se positionner face à cette situation.

Objectifs de la quatrième année

- Dans le cadre des séances d'animation sur l'éducation à la sexualité, sensibiliser les jeunes aux problèmes des violences sexuelles.
- Leur permettre d'identifier les personnes ressources susceptibles de les aider.

La mobilisation des acteurs

De tradition depuis 20 ans sur ce territoire, une forte culture partenariale a donné au projet une envergure inestimable en contribuant largement à son déploiement sur le territoire.

Par ailleurs, la volonté politique pour le développement local du territoire ainsi que la mise



Photo © Isopix

en place du dispositif de « Réussite éducative », associés au plan de prévention des violences de l'Education Nationale et au dispositif « Ambition Réussite », ont permis de légitimer et pérenniser l'action.

Parce qu'elle existait déjà et depuis longtemps, la multiplicité des partenaires⁴ et leur diversité se sont manifestées dès le début du projet et ont joué en sa faveur, lui donnant une couleur particulière dans les jeux d'acteurs qui se mettent en scène dans un travail partenarial.

Le partenariat et les jeux d'acteurs

De cette expérience collective, plusieurs idées fortes se dégagent à propos du partenariat, confirmant le propos de **Corinne Mérini** sur la relation partenariale dont elle écrit fort justement que celle-ci se construit à la fois sur une idée d'association et d'opposition. « Autrement dit, s'il y a bien fait d'association dans le partenariat, ce n'est pas seulement sur la base de communautés, c'est aussi sur la base de différences existantes, ce qui nous permet de dire que la relation partenariale est **paradoxe, interactive et évolutive** parce que justement, elle s'organise autour du double aspect **agir avec/contre l'autre** »⁵.

Au delà de cet apparent paradoxe, le partenariat reste le fait de mettre en commun des moyens visant à réaliser un objectif commun,

et ce, quel que soit le niveau d'implication de chacun, sa posture professionnelle ou ses compétences personnelles.

Enfin, que « le partenariat ne se décrète pas, il se construit peu à peu » reste une des idées fortes de cette aventure.

Les formations, un tremplin vers l'action

Grâce aux formations communes sur le thème de la prévention des violences, une dynamique de culture partagée entre le collège et le quartier s'est mise en place progressivement, dans un souci de cohérence des actions et d'harmonisation de l'outil *Grain de sable*, adapté aux différents âges et catégories de publics.

La créativité sur le plan méthodologique

Un comité de pilotage actif dans le suivi du projet, une coordination multipolaire efficace, des temps de formation continue, un conseil méthodologique pertinent de l'association Cadis Crips Auvergne, autant d'éléments logistiques qui ont favorisé un véritable creuset d'idées innovantes. Le comité de pilotage, composé dès le début du projet par des partenaires scolaires et hors école évoqués plus haut, s'est révélé très actif tout au long du projet, maintenant un niveau de réflexion permanente doublé d'un regard critique et constructif à toutes ses étapes, se réunissant régulièrement pendant 4 ans afin d'adapter et moduler son évolution en fonction des différentes évaluations et de proposer des réajustements ou des innovations pour enrichir le programme d'actions.

Une coordination multipolaire efficace, incarnée par le coordinateur ZEP et l'infirmière du collège, a favorisé l'homogénéisation du travail

4 CLISMA (Comité de liaison interservice migrants), CAF (Caisse d'allocations familiales), CLCV (association de quartier pour la Consommation, le logement et le Cadre de Vie), Maison de quartier, école Philippe Arbos, FCPE (Fédération des parents d'élèves), PARQU'Adsea (Prévention Action Rue et Quartier/Association départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence 63 (département du Puy-de-Dôme).
5 Corinne Mérini, Le partenariat en formation, de la modélisation à l'application, L'Harmattan, 1999.

collectif grâce à l'efficacité de leur rôle d'interface entre les différents acteurs, exigeant souplesse et diplomatie dans le suivi du projet.

Un des rôles spécifiques du coordinateur ZEP a été de veiller à ce que ce partenariat soit conforme, à travers tous les axes du projet, aux exigences pédagogiques de l'école et du collègue.

Des temps de formation continue se sont avérés indispensables pour approfondir la réflexion sur la compréhension des mécanismes de la violence ou le fonctionnement d'un réseau. Parallèlement, ces temps de travail en commun furent nécessaires pour tisser des liens réguliers avec les acteurs mais surtout renforcer la cohésion de ce groupe dont les membres, dispersés au quotidien dans leurs actions et structures spécifiques, ressentaient le besoin de se retrouver pour échanger sur leurs pratiques et envisager ensemble les perspectives de l'action.

Enfin, la participation de l'association Cadis-Crips Auvergne tout au long du pilotage de l'action s'est concrétisée par la mise à disposition d'une conseillère en méthodologie, ayant un regard extérieur distancié très pertinent tant dans l'analyse et l'évaluation des besoins en formation que dans des propositions concrètes pour l'avancée du projet.

La contribution d'artistes compétents dans les domaines du conte et du théâtre

Depuis l'année 2003, divers partenaires artistiques ont contribué à ce que l'action *Grain de sable* puisse s'exprimer différemment, notamment par la technique du conte.

Quelle fonction pour le conte ?

Il ressort de l'analyse des intervenants extérieurs et de la réflexion des partenaires plusieurs constats intéressants à prendre en compte.

Espace de réflexion et de paroles pour le jeune, l'effet de médiation opéré par le conte permet de verbaliser des situations difficiles qu'il peut vivre (oppression sexuelle, racket...) grâce à la prise de parole et à l'écriture.

Ces situations difficiles entraînent chez lui une impression de flou : il ne sait plus expliciter le monde extérieur, ni prendre du recul, il subit sans se défendre, sa personnalité est éclatée. Il est trois personnes à la fois : celle de l'école, celle de la famille, celle de la bande... avec des règles propres à chaque milieu et souvent paradoxales.

En effet, parce que la hiérarchisation des valeurs sous-tendues par ces règles ne se décline pas de la même manière, elle engendre des conflits de valeurs intolérables pour l'individu : les règles « viriles » de la bande se confrontent et s'affrontent à celles du règlement intérieur de l'école ou celles (parfois défailtantes) de la famille.

Souvent à la fois auteurs et victimes, ces jeunes subissent et reproduisent la violence qui est

alors leur seul moyen de s'exprimer, en l'absence de verbalisation. Il est donc souhaitable de favoriser la mise en place d'instances de médiation car « le vide » contribue à l'expression de la violence.

Le conte, parce qu'il est intemporel, a un effet de résonance sur des situations vécues et de catharsis par la prise de conscience puis l'accès au langage pour résoudre les conflits. C'est une sphère transitionnelle qui permet au jeune de se construire malgré ses « stigmates » et dans laquelle le travail de l'adulte, éducateur, conteur ou psychologue devient celui d'un « passeur ».

Le « conte en fête »

A l'initiative de la Maison de quartier de Croix de Neyrat, la participation à la manifestation du « Conte en fête », fruit du travail expérimenté avec les jeunes scolaires, reflète bien l'intérêt de la dynamique du conte dans l'approche de la prévention des violences. Cette manifestation s'est ancrée sur ce territoire avec le souci de valoriser le quartier par un événement culturel de qualité.

Il faut rappeler ici combien l'image de leur quartier est importante pour les familles et les élèves. Ces élèves ont été particulièrement bénéficiaires du dispositif, tandis que les parents ont parfois été absents ou se sentaient peu concernés, du moins au début.

C'est grâce à un travail de fourni des éducateurs, des conteurs, des associations, des professionnels de la CAF que, progressivement, l'implication des familles locales et l'ouverture à des publics extérieurs au quartier ont été possibles. Cette démarche depuis longtemps acquise qui est de concerner les gens, de les faire sortir et réfléchir en groupes, de dialoguer, d'assister à ce qui est proposé à leurs enfants, a facilité la mobilisation de ces publics sur des thèmes comme celui de la prévention des violences. C'est ce qui fut réalisé avec les groupes de femmes et de parents, avec les éducateurs, les parents d'élèves.

L'exemple du CLISMA (Comité de Liaison Interservice Migrants) qui a conduit une expérience originale avec des adultes « primo-arrivants » illustre bien ce « savoir-faire » : à partir d'un conte, ces femmes et ces hommes purent témoigner artistiquement de leur détresse humaine vécue dans la guerre et la migration. C'est pour cela que notre travail s'est aussi bien greffé, il a touché cette sphère d'expression vindicative, unique et fragile, autochtone.

Dans le concert des nations existant dans ce quartier (24 nationalités au collège), toute la difficulté dans ces problématiques est celle de l'appropriation des moyens institutionnels par les différentes communautés pour construire ensemble un « *modus vivendi* ». Se positionner face à l'Etat de droit, à la loi des quartiers

pour ensuite éventuellement aborder la curiosité culturelle mutuelle.

Cela implique un travail institutionnel incessant et discret : alors la voix des politiques culturelles, celles de la ville, de l'Etat ou des institutions est acceptable et on assiste à une véritable acculturation ! Sinon ce n'est qu'un programme de plus et si les parents ne se l'approprient pas, alors les élèves... C'est parce que nous avons ce socle de travail constitué depuis 20 ans que la greffe a pu se faire et que cela a pu fonctionner efficacement.

La multiplicité des acteurs du quartier

- La voix de la Ville : les maisons de quartier et les élus présents dans les CA des écoles et associations.
- La voix de l'Etat : l'école au sens large et ses politiques actuelles d'ambition réussite et de politique éducative.
- La Préfecture grâce aux financements des actions mais avec des contraintes particulières.
- Les organismes HLM et leurs bailleurs travaillant dans un sens de pluralité sociale et de la « Pax Civitae ».
- Les centres sociaux des Caisses d'Allocations Familiales par leur activité en lien avec la famille qui ont permis un travail de réseau en finesse.
- Les associations de soutien scolaire, particulièrement denses et dynamiques qui veulent encore croire à l'ascenseur social !
- Un tissu exceptionnel d'associations dans le quartier Croix de Neyrat, indiquant par là-même une situation historique : en effet, ce qui existe ici n'est pas vrai dans les autres quartiers, ce tissu dense d'associations est bien sûr spécifique à sa composition humaine bariolee mais pas seulement ! Longtemps il y a fait bon vivre : il y avait une mobilité plus réduite, un cru euphorique des bonnes années qui a engendré une dynamique contagieuse de création et d'enracinement mis à mal actuellement par le retrait de l'Etat.

Le rayonnement de *Grain de sable*

A l'intérieur du collège, dans le cadre du dispositif de réussite éducative, une « cellule d'écoute » pour les élèves sanctionnés d'exclusion à la suite d'actes répréhensibles a été mise en place par des personnels formés au programme.

Cette cellule permet au jeune d'être reçu à son retour au collège par deux adultes volontaires pour analyser avec lui cette exclusion, comment il l'a vécue et surtout l'aider à discerner que seul son acte est répréhensible et sanctionné et non sa personne en totalité.

Au niveau du quartier, en 2005/2006, ce rayonnement s'est traduit par des effets « rebond » intéressants : le plus imprévu et le plus original a été l'implication d'une école primaire du quartier, d'autant plus attentive à ce programme de

prévention des violences qui se déroulait sur son territoire qu'elle était vivement concernée par l'aggravation de faits de violences à l'intérieur et aux abords de l'école.

Convaincus de l'intérêt d'un tel programme, le coordinateur ZEP et l'inspectrice départementale de l'académie ont proposé à l'équipe éducative de cette école de participer dans un premier temps à la formation *Grain de sable* dispensée par le Cadis-Crips Auvergne et d'élaborer, dans un second temps, un projet d'école adapté à l'âge et à la maturité des enfants de primaire.

Là encore, la créativité n'a pas fait défaut puisque ce nouveau projet a donné naissance à la création d'un outil pédagogique (un DVD) de prévention des violences destiné aux enseignants. Elaboré en partenariat avec l'Inspection Académique, la Compagnie des Voleurs de Poule (compagnie de théâtre locale) et le Cadis-Crips Auvergne, ce DVD a été réalisé à partir de scénarios originaux écrits et joués par des élèves de CM1/CM2.

Un tel travail n'aurait pu se faire sans la patience et la persévérance de leur institutrice qui a encadré efficacement ses élèves pour mener à bien le projet. Quant à l'association artistique qui a filmé et produit cet outil, elle a su s'adapter au contexte scolaire, proposer des choix innovants d'interprétation pour ces jeunes acteurs, facilitant ainsi une création originale dont nous espérons qu'un financement prochain prendra en charge sa diffusion régionale, voire nationale⁶. Un guide pédagogique est en cours de validation et devrait servir de support pour l'utilisation du DVD au cours de formations destinées aux professeurs des écoles, soucieux de prévention.

Les perspectives

L'impact d'un tel programme paraît difficile à mesurer dans sa globalité surtout lorsqu'il est

question de prévention dont les effets, en l'absence de « développement durable », s'estompent au cours du temps si rien n'est fait pour qu'il perdure. D'autre part, le thème de la violence est nécessairement lié à des difficultés sociales et environnementales, prégnantes et récurrentes, qui nécessiteraient de plus larges investissements.

Pour autant, si la stabilisation voire la diminution des actes de violence au sein de l'établissement peuvent être considérés comme des résultats intéressants à prendre en compte pour l'évaluation de ce programme, ils ne reflètent que partiellement et imparfaitement la qualité et la pertinence de ses enjeux.

En effet, de l'avis de l'ensemble des acteurs partenaires, les éléments suivants exprimés par l'équipe du collège, témoignent de la dynamique mise en place à maintenir dans l'avenir :

- un vrai travail de réseau est né autour de thématiques élargies ;
- une culture commune partagée pour un « mieux vivre ensemble » ;
- un climat plus serein est possible ;
- la parole pour lutter contre la violence est un enjeu à privilégier !

La prévention inscrite dans la durée est, semble-t-il, un atout majeur dans la réduction des problèmes de violence.

Enfin, du côté des jeunes qui ont bénéficié de cette expérience au sein du collège, une évaluation par questionnaire a été menée auprès d'élèves de 3^e ayant suivi ce programme durant leurs 4 années de collèges. Il en ressort plusieurs constats, parfois controversés, qui méritent d'être soulignés et intégrés à une réflexion plus large sur la prévention.

Concernant les moyens pédagogiques, il faut privilégier les **supports vidéos** pour renforcer les messages de prévention tout en permettant à ces jeunes publics d'être acteurs au cours des séances. En effet, l'image reste largement plébiscitée pour susciter des échanges entre eux

et avec les adultes.

Sur le thème de la violence, si le type de violence repérée le plus souvent, comme les insultes ou les moqueries, semble prédominante pour eux et préoccupante pour les adultes, le **racket** reste un **phénomène tabou** difficile à lever et donc à aborder au cours des débats.

L'accompagnement des élèves grâce à ce programme, soit par leurs pairs soit par les adultes ressources, a été bénéfique pour un bon tiers d'entre eux.

En conclusion, le fait de synergie reste le point fort et durable de cette aventure. Il démontre une fois de plus que la cohérence d'un dispositif n'est efficiente que par les actions de proximité et la conviction de tous d'adhérer aux mêmes valeurs, en oubliant à un moment leurs propres missions pour adhérer à l'intérêt commun et au sens donné au projet.

Néanmoins, le talent de transmission des valeurs, s'il nous a incombé et uni ou fait réfléchir, ne peut omettre d'accepter avec humilité qu'un jeune sera ou non sensibilisé : car sa propre liberté est là, son désir du moment, comme un obstacle à sa capture, il nous échappe et nous rend perplexes quelquefois quant à l'impact de 'masse' d'un projet!

« Aurions-nous adouci les rives ? » commente le coordinateur du projet... « *Si c'était cela ce serait déjà énorme! En aucun cas nous ne pourrions empêcher le fleuve de couler mais si d'impétueux il était devenu simplement impérieux ou assagi, alors nous aurions gagné!* »

Elisabeth Stollsteiner, chargée de projet formation en éducation pour la santé à APS (Auvergne Promotion Santé)

Adresse de l'auteur : Auvergne Promotion Santé, 66 rue des Courtiaux, 63000 Clermont Ferrand. Tél.: 33 (0) 4 73 91 96 67.

Courriel : e.stollsteiner@orange.fr

⁶ A l'heure où paraît cet article, il n'y a pas encore de financement pour la diffusion de ces outils et la formation autour de ceux-ci. Avis aux généreux mécènes... (ndlr)

Identifier les besoins de santé des adolescents

Intérêt de l'utilisation d'un questionnaire lors des bilans de santé scolaire

Bien que les adolescents soient globalement en bonne santé dans nos pays développés, certains sujets tels que le tabagisme, les comportements alimentaires, le stress, les comportements à risque, la dépression, sont préoccupants sur le plan de la santé publique, de par leur prévalence et le domaine qu'ils touchent, celui du « bien-être physique,

mental et social ». Ni les adolescents ni les médecins de médecine privée ne semblent à l'aise pour aborder ces questions. Se basant sur notre pratique de médecin scolaire, cet article met en évidence le rôle que peut avoir le bilan de santé scolaire en réponse aux besoins de santé des adolescents, et l'intérêt de l'utilisation d'un questionnaire de santé

et de qualité de vie administré préalablement aux visites médicales.

Les « nouvelles morbidités » des adolescents et le manque de prévention

La santé des enfants et des adolescents est marquée depuis quelques décennies par ce que l'American Academy of Pediatrics a appelé en

1993 de « nouvelles morbidités », c'est-à-dire « des problématiques complexes, non strictement somatiques, touchant soit l'ensemble de la population, soit des sous-groupes en situation de vulnérabilité » [5].

Ces problématiques touchent à la question du bien-être des individus et sont souvent associées à des comportements dits « à risque ». Il s'agit, entre autres, de problèmes de dépendance au tabac, de consommation de drogues, de troubles alimentaires (anorexie, boulimie, obésité), de violences auto et hétéro-agressives – y compris le suicide –, d'abus sexuels, de problèmes de santé mentale. Pour Klaue et Michaud [5], bien que ces nouvelles morbidités aient pu affecter les adolescents dans le passé, elles ont acquis un nouveau statut pour deux raisons : d'une part elles sortent du cadre strictement bio-médical et sont perçues comme affectant la santé au sens large et ont acquis une autre visibilité; d'autre part elles ont des prévalences en nette augmentation et posent par leur ampleur des problèmes de santé publique inédits.

Les données de l'enquête HBSC (« Health Behaviour of School-aged Children ») menée en Communauté française de Belgique [12] montrent que même si 92 % des adolescents interrogés se trouvent « en bonne santé », 30 % rapportent des plaintes somatiques récurrentes, 40 % souffrent de nervosité et d'insomnies, 27 % des adolescents sont obèses, 16 % fument quotidiennement, 12 % des filles sexuellement actives ne prennent pas de contraception hormonale, et près de la moitié des adolescents déclarent ne pas savoir où aller pour traiter d'un problème de santé qu'ils souhaiteraient pouvoir taire à leur entourage...

Dans nos pays, les consultations de médecine générale abordent peu ces sujets. D'une part les adolescents consultent difficilement pour ce type de problématiques; d'autre part le médecin a spontanément tendance à aborder des thèmes plus médicaux que psychosociaux durant les consultations avec les jeunes, en particulier lorsque le temps est limité [1].

En effet, bien que les adolescents aient une fréquentation médicale qui semble suffisante, ils déclarent avoir des besoins spécifiques dans la sphère psychosociale, qui ne sont pas couverts par l'approche de soins traditionnels [12]. Plusieurs études menées en médecine générale ont montré que les motifs de consultation exprimés par les adolescents correspondaient mal à leurs besoins ressentis. Les plaintes respiratoires de même que les motifs administratifs et préventifs (certificats, vaccins) constituaient les motifs les plus fréquents de consultation (26 %) [9]. Venaient ensuite les plaintes d'ordre général, fatigue, fièvre, ou maladie (18,5 %) puis les plaintes ostéoarticulaires (15 %), digestives

(11 %), neurologiques (9,5 %) et dermatologiques (5,7 %).

Les problèmes d'ordre psychologique et social constituaient rarement un motif de consultation (3,8 %).

Notons qu'un tiers seulement des adolescents consultaient le médecin seuls, la mère étant présente à la consultation dans la majorité des cas. Selon les spécialistes de médecine générale, « un flou persiste quant aux motifs réels masqués par des plaintes d'ordre général » [9]. 70 % des adolescents souhaiteraient que leur médecin les informe spontanément lors d'une consultation de l'un ou l'autre problème de santé [6]. Les sujets d'informations souhaités étant d'abord pour les filles la contraception et les maladies sexuellement transmissibles; pour les garçons les maladies sexuellement transmissibles et les questions relatives à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues. Les autres sujets évoqués sont le régime, l'obésité et l'usage des médicaments.

Des enquêtes menées en France et en Suisse montrent des résultats similaires [8].

Quant au contenu et à la qualité des conseils préventifs reçus par les adolescents lors des consultations, nous disposons de peu de données dans la littérature. Hedberg et al. ont fait le point sur le sujet [3] et ont relevé notamment que les pédiatres passaient très peu de temps à donner des conseils aux adolescents lors des consultations préventives (un peu plus de 2 minutes en moyenne).

Ils ont aussi noté que plus de 75 % d'un groupe de jeunes scolarisés disent n'avoir jamais reçu de conseils de la part de leur médecin sur des thématiques de santé concernant leur tranche d'âge. Il semble que la plupart des médecins s'engagent peu dans des discussions relatives aux comportements ou à des thèmes psychosociaux, telles que recommandées pourtant par les *guidelines*.

Un rôle potentiel pour les services de médecine scolaire

Cette inadéquation observée entre les besoins de santé des adolescents et soit le recours aux soins, soit la réponse apportée, pourrait être partiellement résolue par les services de santé scolaire, qui ont pour mission non seulement de prévenir les maladies, mais de plus en plus de promouvoir la santé des enfants et des adolescents, individuellement – dans le cadre des bilans de santé – et collectivement. De plus ils offrent un service gratuit et universel et touchent, en ce sens, les enfants et les jeunes de toutes catégories sociales, y compris ceux de milieux plus vulnérables qui recourent généralement moins aux services de soins préventifs. Enfin, la visite médicale scolaire est bien souvent la première occasion de rencontrer un médecin seul, ce

qu'attendent particulièrement les adolescents d'une rencontre avec un médecin [11].

Encore faut-il que ces services répondent de manière adéquate à leurs besoins de santé réels. En effet, la mise en évidence des problèmes qui préoccupent les jeunes nécessite du temps pour établir la confiance; des qualités d'écoute et de contact avec les jeunes; une bonne connaissance de l'adolescence, pour être capable de mettre en évidence et de répondre aux difficultés que l'adolescent exprime souvent par des symptômes vagues ou trompeurs [5].

Le manque de temps, de coordination, de moyens, les contraintes liées à une approche encore trop bio-médicale et organique de la santé, les motivations variables des professionnels, peuvent être des obstacles à une approche réellement à l'écoute des besoins des jeunes.

De plus, certains besoins ou demandes des jeunes ne peuvent être couverts par l'offre des services de santé scolaire : c'est le cas par exemple lors d'une plainte somatique aiguë, lors d'une demande de prescription, lors d'une fragilité psychosociale particulière... situations face auxquelles le médecin scolaire ne peut, dans le cadre de ses compétences, que renvoyer le jeune vers le médecin traitant ou vers un spécialiste.

Même si les moyens limités des services de médecine scolaire ne peuvent actuellement pas permettre de mettre en place une réponse ou des actions de prévention individuelle réellement efficaces sur des problématiques généralement complexes, de nombreux intervenants, en Belgique, en France ou en Suisse, semblent soucieux d'optimiser ce bref temps de rencontre, de tenter une ébauche de prise de conscience des jeunes sur leur mode de vie, d'informer ceux-ci sur les ressources existantes, de donner le « conseil minimal » vis-à-vis de certaines problématiques, d'orienter les jeunes vers des structures de prise en charge adéquates [5,7,10].

Dans ce cadre, l'utilisation d'un questionnaire peut s'avérer très utile, permettant :

- l'identification des problèmes de santé (physique, mentale, comportements de santé), l'évaluation du bien-être et des ressources des jeunes (informations, réseau social, recours aux soins...) et un dialogue avec eux à ce sujet;
- l'encouragement de modes de vie sains;
- l'orientation éventuelle vers un service adéquat.

Quelle utilité d'un questionnaire lors des bilans de santé avec les adolescents ?

Bien conçu et formulé, un questionnaire permet de collecter des informations complètes sur l'état de santé du jeune; de préparer le temps consacré à la consultation; d'identifier rapidement d'éventuels problèmes psychosociaux et/ou comportementaux (santé perçue, qualité de vie, comportements de santé, connaissances).

De plus, selon Waelbroeck [12], les adolescents trouvent souvent plus facile de répondre par écrit à un questionnaire sur des sujets reconnus comme préoccupations habituelles à leur âge plutôt qu'en face à face, et le fait d'avoir vu certaines questions abordées dans le questionnaire peut faciliter l'abord de ces aspects lors de la consultation (« c'est donc permis d'en parler ? ») [12].

Le questionnaire est un outil permettant d'améliorer le dialogue avec l'adolescent, et les conseils et informations donnés ont plus de sens et d'impact lorsqu'ils font écho aux questions exprimées par l'adolescent.

Recommandations pour l'utilisation d'un questionnaire dans le cadre des bilans de santé scolaire

Il existe de nombreux questionnaires de santé s'adressant aux adolescents. Beaucoup, développés dans le cadre de recherches, sont longs et nécessitent un temps de passation trop important pour une utilisation pratique, en routine. D'autres se présentent sous forme d'échelles qui nécessitent de calculer des scores avant de pouvoir tirer des conclusions (par exemple, une échelle de qualité de vie), ce qui n'est pas faisable sur le terrain sans un équipement logistique sophistiqué et des compétences particulières (encodage, calcul de scores, traitement des questionnaires incomplets, interprétation des résultats...).

Ce type de questionnaire n'est pas adapté à une utilisation dans le cadre actuel de la médecine scolaire. Au contraire, il doit être simple et court pour être utilisable directement lors des bilans de santé auprès des jeunes. L'encadré ci-contre présente un exemple des catégories d'items utiles dans un questionnaire de santé pour adolescents employé en médecine scolaire.

Quelques principes d'utilisation

Notre expérience nous amène à formuler quelques principes pour une utilisation optimale du questionnaire :

- le questionnaire est auto-administré avant la consultation;
- le médecin et/ou l'infirmière explique(nt) clairement son intérêt et l'objectif de son administration;
- l'élève est assuré d'avoir la possibilité de rencontrer un médecin pour discuter de ce qui le préoccupe;
- le questionnaire est anonyme;
- le questionnaire est facultatif;
- le questionnaire est confidentiel;
- le questionnaire est intégré au dossier médical;
- un suivi est possible lorsqu'un problème de santé le nécessite. Ce suivi engage l'ensemble de l'équipe médico-psycho-sociale, sous la



Photo © Fotolia

responsabilité du médecin scolaire.

Interprétation des réponses au questionnaire

Nous observons dans nos pratiques que les données recueillies peuvent ne pas être tout à fait fiables, le jeune remettant généralement le questionnaire en main propre à l'infirmière, avant la visite médicale, ou directement au médecin. Il peut vouloir donner une image de lui-même

qui ne reflète pas exactement ce qu'il vit ou ce qui le préoccupe.

L'absence de réponse ne signifie pas nécessairement l'absence de problème. « On sait par exemple que certaines personnes qui consomment des drogues ou qui sont dépressives ont tendance à nier ou à minimiser les symptômes. Inversement, une journée particulièrement stressante pour un jeune peut l'amener à amplifier tous ses symptômes médicaux ou psychosociaux » [1]. Le questionnaire utilisé dans un tel contexte « de terrain » doit donc être interprété avec prudence.

Questionnaire de santé

Exemple de catégories d'items utiles dans un questionnaire de santé pour adolescents employé en médecine scolaire.

- Composition de la famille et situation familiale
- Environnement de vie
- Santé (antécédents médicaux et chirurgicaux) et perception de la santé
- Comportements de santé : activité physique, alimentation, tabagisme, recours aux soins
- Bien-être et qualité de vie : bien-être général, en famille, à l'école, avec les amis, sur le plan affectif et/ou sexuel, loisirs
- Ressources personnelles (confiance en soi), sociales (famille, école, amis), médicales
- Valeurs importantes
- Préoccupations de santé (exemples : alimentation, activité physique, déprime, contraception, tabac, stress, difficultés relationnelles, fatigue, troubles du sommeil, acné, avenir, etc.)

Mise en garde éthique

L'administration d'un questionnaire de santé aux adolescents présuppose que d'éventuels problèmes seront dépistés. Ces problèmes devront impérativement pouvoir être entendus et pris en charge. Le choix de l'utilisation d'un questionnaire doit donc faire l'objet d'une concertation approfondie et d'une décision conjointe entre les intervenants médico-psycho-sociaux du service de santé scolaire étant donné les effets négatifs qui peuvent être induits.

En effet, tout questionnaire s'intéressant au bien-être et à la qualité de vie de jeunes en plein développement physique et psychoaffectif peut potentiellement induire un questionnement personnel inquiétant (« rien ne va dans ma vie », « j'ai peur d'avoir le sida »...). Tous les adolescents doivent pouvoir être écoutés dans un cadre individuel défini (le bilan de santé scolaire ou la permanence médicale de l'école) par le médecin scolaire.

Selon Klaue et Michaud [5], « le dépistage se jus-

tifie dans tous les cas où il peut amener à une amélioration de l'état de santé et donc qu'il soit suivi d'un diagnostic et de traitements adéquats. Mais il a également une fonction de portail dans la mesure où il donne aux élèves l'occasion de s'informer, de questionner le (la) professionnel(le) de santé et de faire un bilan de santé. Il permet ainsi de déborder sur des domaines hors d'un cadre strictement bio-médical pour aborder des problématiques psychosociales. Responsabiliser les jeunes, être un interlocuteur de confiance des jeunes qui ne sauraient où s'adresser, peuvent constituer des effets positifs d'un dépistage. »

La question du suivi

Il est fondamental, si on utilise un outil qui permet d'identifier des problèmes de santé, de pouvoir leur offrir une réponse adaptée. La décision de cette réponse (sous forme d'information, de prévention, par référence vers un service spécialisé, etc.) est, dans notre système de santé scolaire belge actuel, sous la responsabilité du médecin qui idéalement, pendant ou après la visite médicale, en informe ou « délègue » à l'infirmière (puisque le médecin n'a pas la possibilité d'un suivi du jeune).

Il existe bien sûr une grande variété de « problèmes » : problème médical aigu, antécédents particuliers (maladie chronique, interruption volontaire de grossesse...), comportements « à risque » ou présence de facteurs de risque de certaines pathologies, dépendances (tabac, alcool, drogues...), problème de santé mentale, maltraitance, etc.

Le médecin seul ne peut pas répondre à tous ces types de problèmes. Il n'en a ni le temps ni la compétence. D'où l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire, de la communication avec l'infirmière scolaire, et de l'orientation éventuelle vers des professionnels de santé spécialisés (médecins généralistes et spécialistes des adolescents) ou des structures préventives telles que les centres de planification familiale, de santé mentale, de guidance scolaire, etc.

De plus, étant donné que les adolescents apprécient tout particulièrement le fait de recevoir des informations écrites sur des questions de santé qui les préoccupent, il pourrait être utile d'organiser une distribution systématique de ce genre de documents dans les centres de santé

scolaire. De nombreuses brochures sont d'ailleurs disponibles gratuitement via diverses organisations ou firmes sur des thèmes variés comme la contraception, la vaccination, les maladies sexuellement transmissibles, le sommeil, l'alimentation, etc. Certains sites internet d'informations relatives à la santé ciblant les jeunes ont également été développés et sont régulièrement évalués¹. Ils mériteraient également d'être mieux connus des équipes qui pourraient orienter les élèves vers cette source d'informations.

Conclusion

Les études relatives à la santé des jeunes montrent que ceux-ci sont généralement en bonne santé sur le plan physique, mais qu'ils reçoivent rarement une réponse à leurs préoccupations de santé, en particulier sur le plan de leurs comportements et de la sphère psychosociale. Ni les adolescents ni les médecins de médecine privée ne semblent à l'aise pour aborder ces sujets. Les bilans de santé scolaire pourraient être l'occasion d'une discussion au sujet de leur santé et de leur mode de vie, répondant, au moins en partie, à leurs besoins.

Dans ce cadre, l'utilisation d'un questionnaire administré préalablement à la visite médicale s'avère très utile. Il permet d'identifier les questions du jeune et sert de support à l'entretien, facilitant ainsi la communication. Son utilisation pourrait être généralisée, pour autant qu'un certain nombre de principes soient respectés (liberté du jeune de répondre ou non, anonymat, confidentialité, rencontre prévue avec un médecin, suivi par l'équipe, etc.).

D^r Florence Noirhomme-Renard, médecin scolaire et de santé publique, **Professeur Alain Deccache**, RESO-UCL

Adresse des auteurs : Université catholique de Louvain, Ecole de santé publique, Unité d'éducation pour la santé (UCL-RESO), Avenue Emmanuel Mounier, 5070, B-1200 Bruxelles, Belgique.

Courriel : florenard@hotmail.com

¹ Par exemple www.ciao.ch, www.filsantejeunes.com

Bibliographie

- [1] Cowan PF, Morewitz SJ. Encouraging discussion of psychosocial issues at student health visits. *J Am Coll Health* 1995; 43(5) :197-200.
- [2] Frikha Jarraya M, Ben Abdelaziz A, Ghedira A, Ghannem H. Attentes des adolescents scolarisés à l'égard des services de santé scolaire (Sfax, Tunisie). *Santé publique* 2004; 16 : 447-58.
- [3] Hedberg VA, Klein JD, Andresen E. Health counseling in adolescent preventive visits : effectiveness, current practices, and quality measurement. *J Adolesc Health* 1998; 23(6) :344-353.
- [4] Hofer J. Enquête sur l'état actuel de la médecine scolaire. *Prävention im Kindesalter : Bausteine zum gesetzlichen Fundament. Verlag Praxispädiatrie* 1997; 32-51.
- [5] Klaue K, Michaud P-A. Le médecin scolaire en questions : quel devrait être son rôle dans les dispositifs de santé scolaire ? Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003 (Raisons de santé,88).
- [6] Lambillotte A-C. Le médecin généraliste vu par les adolescents : résultats d'une enquête. *Louvain Med* 1998; 117 : S339-46.
- [7] Lamy M-P, Martin C, Robélus C. Un questionnaire pour anticiper et prévenir. *Le Journal des Professionnels de l'Enfance* 2000; 8 : 47-48.
- [8] Narring F, Michaud P-A. Les adolescents et les soins ambulatoires : résultats d'une enquête nationale auprès des jeunes de 15-20 ans en Suisse. *Arch Pédiatr* 2000; 7 : 25-33.
- [9] Paulus D, Pestiaux D, Doumenc M. Teenagers and their family practitioner : matching between their reasons for encounter. *Family Practice* 2004; 21 : 143-5.
- [10] Renard F, Delpire S, Deccache A. Evaluer la santé des adolescents en médecine scolaire : la qualité de vie comme complément aux indicateurs cliniques. *Arch Pédiatr* 2004; 11 : 1438-44.
- [11] Rutishauser C, Esslinger A, Bond L, Sennhauser FH. Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. *Acta Paediatr* 2003; 92(11) :1322-6.
- [12] Waelbroeck A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. *Rev Med Brux* 2006, S 292-5.
- [13] Zottos E, Santé, Jeunesse! Histoire de la médecine scolaire à Genève : 1884-2004. Service de Santé de la Jeunesse. La Criée, Genève, novembre 2004.

Céréales du petit-déjeuner : pas tous les jours!

Test Achats a fait une analyse approfondie de la valeur nutritionnelle de 17 sortes de céréales au chocolat et au miel mises sur le marché pour les

enfants. La conclusion montre que ces produits contiennent beaucoup trop de sucre tandis que la teneur en sel et en graisse peut encore être améliorée.

Pourtant, les emballages regorgent d'allégations concernant les vitamines, les minéraux et les fibres. Parents comme enfants sont donc persuadés de pouvoir consommer quotidien-

nement et même plusieurs fois par jour ce genre de céréales. C'est de l'hypocrisie.

Les céréales du petit-déjeuner ne conviennent pas à une consommation journalière. Rien ne vaut un repas varié et plus équilibré pour bien démarrer la journée.

Test Achats a également examiné combien de spots sur les céréales sont diffusés à la télévision. Les résultats sont étonnants : une moyenne de 34 pubs par jour. Le nombre d'enfants souffrant d'obésité augmente de manière effrayante. Une alimentation trop riche en graisse et en sucre ainsi que le manque d'activités physiques en sont les principales causes.

L'enquête

Celui qui pense aux céréales, pense directement à Kellogg's ou Nestlé. Test Achats a examiné en outre diverses marques moins connues. L'enquête est divisée en trois parties : une analyse en laboratoire de la valeur nutritionnelle des céréales, une étude sur les informations données sur l'emballage et une enquête quantitative des spots télévisés. La même enquête a été réalisée dans 28 pays.

Overdose de sucre et de graisse

La teneur en sucre est le point faible des céréales du petit-déjeuner. À partir de 12,5 g, il est question d'une quantité excessive de sucre. Toutes les céréales du test dépassent largement cette limite, tandis qu'un produit contient même 37,6 g aux 100 g!

Nous parlons d'une faible teneur en gras lorsqu'elle s'élève à 3 % maximum du total. Dans 17 produits sélectionnés, la teneur en lipides des produits varie de 1,2 % à 13,6 %. Il y a donc encore une large place pour l'amélioration. Une note positive toutefois : aucun acide gras trans (effet négatif sur le taux du cholestérol) n'a été décelé. En ce qui concerne la teneur en fibres, Test Achats remarque de grandes différences entre les céréales. Le meilleur produit pour cette partie du test contient 9 % de fibres.

Les étiquettes mentent

On trouve des informations nutritionnelles sur toutes les boîtes, mais elles sont un peu plus détaillées selon les marques. Test Achats a pris deux marques en défaut : l'une, car la quantité de sucre mentionnée était nettement moins élevée que celle mesurée, l'autre parce que la quantité de fibres était exagérée.

Convaincu ou trompé par l'emballage ?

Rien n'est épargné pour séduire les parents et les enfants afin qu'ils achètent des céréales et en mangent quotidiennement. Les enfants sont séduits par les cartoons et les figurines supposés réveiller leur imagination.



Photo © Fotolia

Mais on s'adresse aussi aux mamans. Certes pas à coup de cadeaux, mais plutôt d'allégations telles que la teneur en minéraux et fibres destinées à les rallier à la cause. Une marque parle même de calcium, qui n'est de fait pas contenu dans les céréales mêmes, mais bien dans le lait éventuellement ajouté.

34 pubs par jour

Le temps publicitaire avant, pendant et après les programmes pour enfants est très convoité. Les enfants sont en effet très influençables via les spots télé et ont à leur tour un grand impact sur l'achat d'aliments leur étant destinés, mais aussi sur les achats concernant toute la famille. Les parents peuvent difficilement refuser lorsque leur fils ou fille chéri(e) commence à les supplier en plein supermarché, ce qui n'échappe pas aux fabricants ni aux gens du marketing. Pendant une semaine au mois d'avril, Test Achats a enregistré toutes les pubs télé pour des céréales, diffusées sur 14 chaînes pouvant être regardées en Belgique. En moyenne, on pouvait voir pas moins de 34 pubs par jour. C'est sur VT4, VTM, Nickelodeon et Club RTL qu'elles étaient le plus diffusées. C'est en outre le mercredi et pendant le week-end que le nombre de pubs par jour est le plus important, ainsi qu'en semaine juste avant et après les heures d'école.

Junk Food Generation pour sauver la Génération malbouffe

220 organisations de consommateurs dont Test Achats, réunies au sein de Consumers International, ont lancé, en collaboration avec

l'International Obesity Taskforce, la campagne « Junk Food Generation » (génération malbouffe). Avec cette campagne, elles veulent mettre sur pied un code international pour réprimer le marketing pour les aliments « malsains » auprès des enfants. Elles demandent aussi aux gouvernements d'intégrer ce code dans leur législation. Vous trouverez plus d'informations sur www.junkfoodgeneration.be, site sur lequel ceux qui souhaitent soutenir cette initiative peuvent signer le code.

Test Achats veut des céréales plus saines et l'arrêt de l'hypocrisie actuelle!

Test Achats attend des fabricants qu'ils adaptent la composition de leurs produits : moins de graisse et beaucoup moins de sucre. L'association des consommateurs ne plaide certainement pas pour l'interdiction des céréales sur les tables du petit-déjeuner. Il existe, en effet, une foule d'autres produits du petit-déjeuner et de coupe-faim pour les enfants contenant encore beaucoup plus de sucre, de sel et/ou de graisses. Mais Test Achats n'est pas d'accord avec l'image trop positive que les spécialistes du marketing veulent coller aux céréales. Mamans et enfants sont constamment encouragés à manger des céréales tous les jours, et si possible, plusieurs fois par jour. C'est de l'hypocrisie. Les céréales du petit-déjeuner ne conviennent pas à une consommation journalière. Rien ne vaut un repas varié et plus équilibré pour bien démarrer la journée.

D'après un communiqué de Test Achats

L'alcool chez les jeunes à Bruxelles



Le Groupe porteur 'Jeunes et alcool' ¹ organisait le 5 novembre dernier une Table ronde bruxelloise 'L'alcool chez les jeunes : qu'en est-il et qu'en faisons-nous ?'

Une centaine de personnes ont participé à cette journée, qui s'adressait aux acteurs bruxellois de la prévention des assuétudes, aux professionnels de la santé des jeunes mais aussi aux représentants des milieux de jeunes : c'était un des paris des organisateurs d'élargir un peu les horizons pour être plus proches des réalités bruxelloises. Pari réussi, même si on aurait aimé une participation plus importante, tant du secteur santé que du secteur jeunesse.

Autre défi, celui de donner 'intelligemment' la parole aux jeunes eux-mêmes, sans les utiliser comme alibis à une pseudo participation. L'option choisie était une vidéo en micro-trottoir, qui bien qu'un peu trop longue, rendait compte des représentations des jeunes, qu'ils soient ou non consommateurs (les caractéristiques sociologiques de la région font que le nombre de jeunes qui déclarent boire peu ou prou de l'alcool est moins importante à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie, étant donné l'importante communauté musulmane dans notre capitale).

Dans son introduction à la journée, le Ministre bruxellois de la Santé **Benoît Cerexhe** souligna des points d'inquiétude (âge précoce des premières consommations, phénomène de plus en plus médiatisé des 'bitures express') mais aussi des choses plus positives, comme la mise en place à Bruxelles du label 'Quality Nights'

de Modus Fiesta ², une initiative pour profiter sans remords des sorties avec une bonne gestion des 'risques', soutenue largement par le milieu de la fête, et qui commence à faire des petits au-delà des 19 communes.

Après un tour d'horizon de la problématique par **Martin de Duve**, directeur d'Univers santé, ces mêmes jeunes ont lancé aussi aux participants des questions simples (les réponses ne le sont pas toujours!) qui ont pu servir d'amorce aux quatre ateliers, consacrés respectivement :

- aux enjeux éducatifs (animation par **Florence Vanderstichelen**, directrice du Service d'aide aux étudiants de l'UCL et **Fabienne Henry**, responsable du Service PSE de la Ville de Bruxelles);
- aux enjeux économiques et législatifs (animation par **Baptiste Campion**, assistant au Département de Communication de l'UCL et **Antoine Boucher**, responsable communication d'Infor-Drogues);
- aux enjeux culturels (animation par **Ludovic Henrard**, directeur de la FEDITO bruxelloise et **Mark Vanderveken**, coordinateur de la Concertation Toxicomanies Bruxelles);
- aux enjeux de santé publique enfin (animation par **Axelle Vermeeren**, responsable du centre de santé UCL, service PSE, et **Thierry Poucet**, journaliste de santé publique).

Chacun a eu l'occasion de participer à deux ateliers, ce qui ne manqua pas d'enrichir les pistes de réflexion et d'action.

De nombreuses associations ont eu également

la possibilité de mettre en évidence leurs réalisations lors d'une expo-forum pendant le temps de midi, autour d'un sandwich et d'un verre (d'eau, de jus de fruit, mais aussi de vin) : il y a pas mal d'outils disponibles en Communauté française, et ils sont souvent de qualité...

En général, à la fin de ce genre de journée d'échanges, la moitié du public s'est discrètement éclipse, et les courageux écoutent poliment le rapport souvent 'imbuvable' (un comble vu le sujet du jour) des ateliers en prenant leur mal en patience.

Rien de tel ici, les organisateurs ont eu l'excelente idée de demander au Délégué général aux droits de l'enfant de la Communauté française, **Bernard De Vos**, de mettre la question des consommations dans une plus large perspective, ce qu'il fit de manière remarquable. Il souligna avec des mots justes la grande dureté de notre minuscule capitale (1.100.000 habitants, ce n'est pas grand-chose) à l'égard des jeunes, stigmatisés, vivant des situations d'exclusion permanentes bien éloignées des clichés angéliques sur le caractère multiculturel de notre capitale, accusés de tous les maux alors qu'ils sont objectivement plus victimes de violences (intentionnelles ou non) qu'auteurs. Un superbe plaidoyer pour ceux qui souvent cherchent d'abord à 'survivre', et qu'il faut 'prendre au sérieux plutôt que prendre au mot'.

Décoiffant, vraiment!

Les actes de la journée paraîtront au début 2009. Nous vous en reparlerons.

Christian De Bock

Adresse des organisateurs : Univers santé,
Place Galilée 6, 1348 Louvain-la-Neuve.
Courriel : univers-sante@uclouvain.be

1 Il est constitué par la Fédération des centres de jeunes en milieu populaire, de la Fédération des Etudiant(e)s francophones, du Groupe RAPID, d'Infor-Drogues, de Jeunesse et Santé, de Latitude Jeunes, de la Ligue des Familles, de Prospective Jeunesse et d'Univers santé.

2 Voir à ce sujet www.educationsante.be/es/article.php?id=935.

Pour rappel, les adhérents au label s'engagent à respecter 6 critères : eau potable gratuite, préservatifs à prix modique, bouchons d'oreille à prix modique, infos sur la santé, alerte rapide en cas de circulation de produits à hauts risques, personnel sensibilisé. Treize lieux de fête sont parties prenantes après un an, et 150 personnes ont été formées.

La santé mentale des exclus



A l'occasion de la « Journée mondiale de la santé mentale », l'ONG Médecins du Monde a mis l'accent sur les actions qu'elle mène dans ce domaine auprès des populations les plus vulnérables partout dans le monde. Médecins du Monde a en effet à cœur d'intégrer les soins de santé mentale aux soins de santé en général et, pour y parvenir, fait appel au public pour soutenir ses missions et mobiliser davantage de psychologues bénévoles aux côtés de l'ONG.

En Belgique

Dans le cadre de nos consultations, nous constatons que de plus en plus de migrants en séjour précaire sont en souffrance psychologique et nécessitent une prise en charge adéquate. Les causes sont diverses, inhérentes à leur vie avant l'exil, durant leur voyage vers la Belgique ou même souvent depuis leur arrivée dans notre pays. Les migrants en situation irrégulière souffrent de toutes sortes de troubles qui vont du stress chronique aux pathologies psychiatriques, en passant par les syndromes de stress post-

traumatique ou les maladies psychosomatiques. Ils se sentent exclus, amoindris, coupables et, en définitive, ne se reconnaissent plus comme des êtres humains à part entière.

Afin de leur venir en aide, Médecins du Monde intègre la santé mentale dans ses missions en faveur des exclus des soins de santé. Toute personne qui vient en consultation dans notre centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) à Bruxelles, se voit d'abord dirigée vers une assistante sociale qui identifie les problèmes sociaux auxquels doit faire face le patient. Après

cette entrevue, elle le dirige vers l'un de nos médecins pour les pathologies physiques et vers l'un de nos psychologues, si l'état mental du patient le requiert. Tant le médecin que le psychologue réorientent par la suite le patient vers les structures les mieux adaptées à leur prise en charge.

En Afrique

Au Mali, Médecins du Monde s'est engagé dans un long combat pour améliorer la situation des enfants vivant dans les rues de Bamako. En collaboration avec des centres locaux d'accueil pour enfants des rues, l'ONG améliore la prise en charge médicale, psychologique et sociale de ces enfants. C'est donc dans une optique globale que sont pris en charge les soins de santé mentale, car ils ne peuvent pas se dissocier de l'état physique ou de l'environnement social du patient. Les enfants des rues sont très souvent sujets à d'importants troubles de comportement. Pourtant, avant l'intervention de Médecins du Monde, ces troubles étaient très peu pris en compte par les intervenants des centres d'accueil qui, généralement, n'avaient pas eu l'occasion de se former à la psychologie. C'est pour cette raison qu'un psychologue expatrié de Médecins du Monde est actuellement sur le terrain pour former les intervenants locaux afin

qu'ils soient capables de détecter et accompagner les enfants en souffrance. Tout est mis en œuvre également pour améliorer le cadre de vie de l'enfant pour qu'il puisse s'épanouir socialement. Enfin, toujours en collaboration avec différentes structures maliennes, Médecins du Monde tente de renouer les liens sociaux-familiaux des enfants vulnérables.

Bientôt en Palestine

En Palestine, les femmes jouent un rôle central dans la vie quotidienne. Outre leur rôle domestique, elles sont en général le soutien moral principal des hommes et des enfants qui sont quotidiennement plongés dans un environnement violent. Dans une situation économique, sociale et humanitaire catastrophique (60 % des habitants vivent sous le seuil de pauvreté et 35 à 40 % sont sans emploi en Cisjordanie d'après la Banque mondiale), les femmes constituent le pilier auquel les autres membres de la famille peuvent se raccrocher. Mais qui les soutient, elles ? Qui les écoute ?

Alors que de nombreux projets d'aide psychosociale destinés aux enfants existent en Palestine, il y a très peu de structures pour accueillir les adultes. Par exemple à Hébron, où Médecins du Monde prévoit de lancer une nouvelle mission en 2009, il n'existe qu'un seul centre de santé mentale pour

500.000 habitants ! Dans ce contexte de violence, les femmes sont particulièrement visées car, outre les violences liées au conflit lui-même, elles doivent également faire face à des discriminations liées aux mariages ou aux divorces, aux mariages forcés ou encore aux crimes d'honneur...

Face à cette situation terriblement traumatisante, Médecins du Monde va lancer une mission qui travaillera sur quatre axes : consoler, soigner, témoigner et former. Toujours en partenariat avec des structures locales, l'ONG mettra en place des structures au sein desquelles les femmes palestiniennes pourront être écoutées par des personnes compétentes en matière de santé mentale et où elles pourront tisser des liens sociaux, notamment au travers de groupes de paroles. Médecins du Monde veut également profiter de sa présence dans les territoires palestiniens pour témoigner auprès d'un large public de la situation de ces femmes en souffrance. Enfin, Médecins du Monde mettra en place un système de formation des intervenants sur place, afin qu'ils soient capables de prendre le relais.

*Communiqué par Médecins du Monde
Médecins du monde, rue de l'Eclipse 6, 1000
Bruxelles. Tél.: 02 648 69 99. Fax : 02 648 26
96. Courriel : info@medecinsdumonde.be.
Internet : www.medecinsdumonde.be.*

RÉFLEXIONS

Pour envisager différemment les analyses de situation

Tout le monde le dit, tout le monde le sait... avant de se lancer dans un projet, quel qu'il soit, il faut avoir soigneusement « analysé la situation ». Oui mais voilà, tout le monde ne le fait pas. Parce que ça prend du temps, parce qu'on n'a pas d'argent pour ça, et aussi parce que c'est compliqué : entre l'analyse du problème, des besoins, des demandes, des ressources et des services, on ne sait plus trop bien où on va, ni par où il faut commencer... Et au bout du compte, quand de (parfois trop) nombreuses données ont été recueillies, on ne sait plus très bien lesquelles sont pertinentes à retenir pour construire sa stratégie d'intervention, son projet.

Cet article vous propose de clarifier cette notion d'« analyse de situation » et de concrétiser une démarche pour la mettre en œuvre. Il est le fruit d'une longue réflexion menée par l'APES-ULg et PIPSA, dans le cadre de la rédaction d'un guide méthodologique pour constructeurs d'outils¹. L'analyse de situation est en effet une étape par-

ticulièrement importante pour le constructeur d'un outil pédagogique en promotion de la santé : la louper, c'est courir le risque de créer un outil inutile, redondant, inadapté... qui finira sa vie dans un tiroir... ou dans une poubelle ! Or, en rédigeant le chapitre sur l'analyse de situation, nous avons vite été déçus par la rigidité et le caractère peu opérationnel de l'approche classiquement proposée. Nous avons alors tenté un approfondissement de l'analyse de littérature et une réorientation du concept, que nous vous présentons ici avec la collaboration de Bernard Goudet.

Si la réflexion menée à l'origine a pour contexte la construction d'outils pédagogiques, elle n'en reste pas moins valable, moyennant l'une ou l'autre adaptation, pour toute autre analyse de situation. Le lecteur pourra, par exemple, lire cet article en confrontant les réflexions proposées aux notions

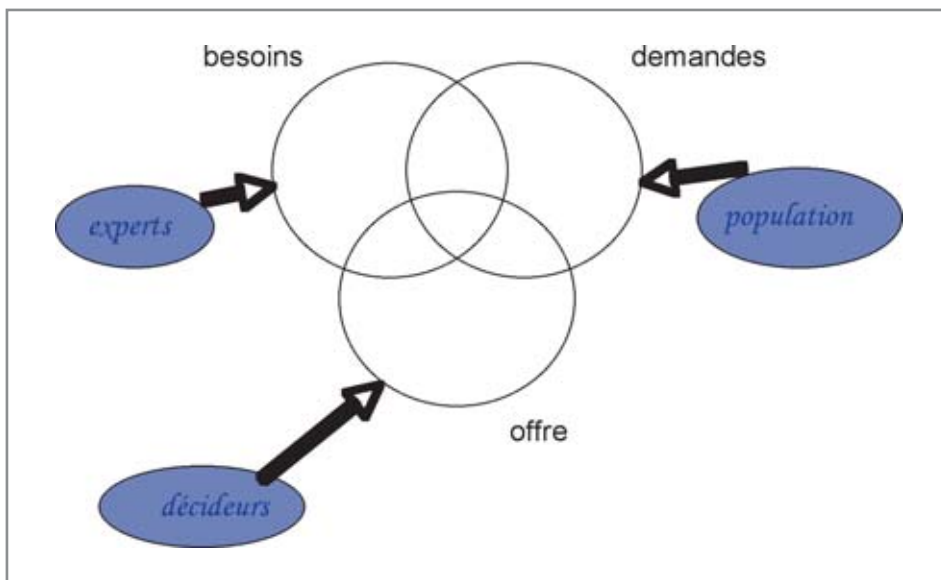
de « cadastre » ou « état des lieux » qui, au cours des dernières années, sont devenues des incontournables de la gouvernance. Le schéma de référence plus ou moins explicite de ces outils de gestion repose sur un postulat qui peut être discuté. Le recours aux « cadastres des acteurs ou actions en promotion de la santé/prévention » s'appuie souvent sur l'idée implicite selon laquelle il importe de confronter l'offre existante aux besoins (et parfois aux demandes) afin de mieux définir les priorités, les enjeux de cette confrontation étant d'ailleurs d'autant plus aigus que l'on se trouve dans un contexte de disette budgétaire.

L'approche « classique » et ses limites

Le schéma de base

L'approche classiquement utilisée pour l'analyse de situation en santé publique / promotion de la santé est d'évoquer les « besoins de santé », les « demandes » et les « offres de services ». Elle est représentée par un schéma, bien

¹ Frérotte M, Spièce C, Grignard S, Vandoorne C. Comment créer un outil pédagogique en santé ? Guide méthodologique. Bruxelles : UNMS, 2004.



connu, de trois cercles imbriqués². Dans ce schéma, la zone centrale, qui représente l'intersection des trois cercles, correspondrait alors à une situation « idéale », dans laquelle une institution offre un service correspondant à un besoin, pour lequel il y a une demande.

Dans cette approche, les **besoins** sont définis sur base de données objectives, ils sont mis en avant par des experts, étudiés au moyen de l'épidémiologie essentiellement. Ils sont définis en tant qu'écart par rapport à une norme ou un standard, eux-mêmes définis sur base d'études épidémiologiques et rarement sur la perception du bien-être.

Les **demandes** sont la traduction du désir d'un individu ou d'un groupe par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. Une demande peut être exprimée ou non. L'**offre** est l'ensemble des services et des soins mis à disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

Limites de l'approche

« besoins, demandes, offre »

Si cette approche présente des avantages, et notamment celui d'articuler diverses rationalités et légitimités, elle comporte aussi d'importantes limites³. Les trois types de partenaires dont le point de vue est pris en compte (experts, population, décideurs) sont isolés du contexte général dans lequel ils évoluent : système économique, formes culturelles dominantes, rapports sociaux. On se trouve dans une situation neutre, indépendante du type de société. De telles situations n'existent pas.

La réalité de la société post-moderne actuelle n'est pas celle d'une structure tripolaire idéale où s'équilibreraient rationalité scientifique et technique (experts), rationalité populaire affectuelle (population) et rationalité pratique (décideurs).

C'est une structure sociétale bipolaire qui fonctionne : celle des rapports entre « l'offre » et « la demande ». La « demande » des populations n'est jamais indépendante de la manière dont elle se représente le stock et l'accessibilité des réponses disponibles. « L'offre » est structurée par les possibilités économiques et administratives de réalisation des prestations recommandées par les experts. La « demande » ne peut être honorée que dans la mesure où elle concerne une réponse déjà disponible ou facile à construire avec les éléments déjà en place.

Limites de la notion de besoin

Le caractère « objectif » de la notion de besoin n'est qu'apparent⁴

Le « besoin » tel que défini ci-dessus semble une donnée objective, mesurable et quantifiable, donc neutre. Répondre aux « besoins » n'amènerait à privilégier personne mais à assurer à chaque individu, ayant droit à l'aide de la collectivité, ce qui lui est nécessaire pour sa vie, pour sa santé.

Mais la problématique des « besoins » réduit la personne sociale, insérée dans un complexe d'appartenances et de relations de rôles, à un individu abstrait, objet de « besoins ». Les besoins de santé sont souvent déterminés par des experts et des administrateurs, ce qui privilégie les données de type quantitatif. Les besoins sociaux des groupes fragiles et dominés sont toujours déterminés, en dernière instance, par les groupes sociaux forts et dominants.

Donc, une analyse de situation qui serait basée sur l'analyse des besoins, des demandes et des offres

de santé tenterait de découvrir les besoins de « populations » considérées comme des ensembles homogènes caractérisés par des attributs épidémiologiques; les besoins se définiraient ainsi par les écarts entre les caractéristiques du rapport à la santé de la population et les normes des experts.

Cette approche nous paraît restrictive.

Nuancer les fondements théoriques de la notion de besoin

La notion de besoins « objectifs », qui seraient étudiés de l'extérieur par les experts et les épidémiologistes, est en contradiction avec les fondements théoriques du concept. **Pourtois et Desmet**⁵ évoquent les auteurs qui se trouvent à la source de ce concept puis exposent quelques classifications de besoins bien étayées par la littérature.

Le paradigme de Pourtois et Desmet « s'ancre donc véritablement dans un corpus théorique pré-existant » (p. 66). Ces théories ont en commun de placer la notion de besoin au cœur même de l'individu, de sa subjectivité, de son intériorité.

Ils nous disent que « tout individu est caractérisé par un certain nombre de besoins qui expriment sa dépendance à l'égard de son milieu extérieur ». Ces besoins sont définis comme « une nécessité vitale présente en tout être humain » (Pourtois et Desmet, p. 60). Ou encore que « le besoin (ou pulsion) naît d'une tension interne de l'organisme qui vise un objet précis et s'épuise dans l'obtention de celui-ci » (Freud, in : Pourtois et Desmet, p. 60). Ou enfin que « le besoin est une manifestation naturelle de sensibilité interne éveillant une tendance à accomplir un acte ou à rechercher une catégorie d'objets » (Piéron, in : Pourtois et Desmet, p. 60).

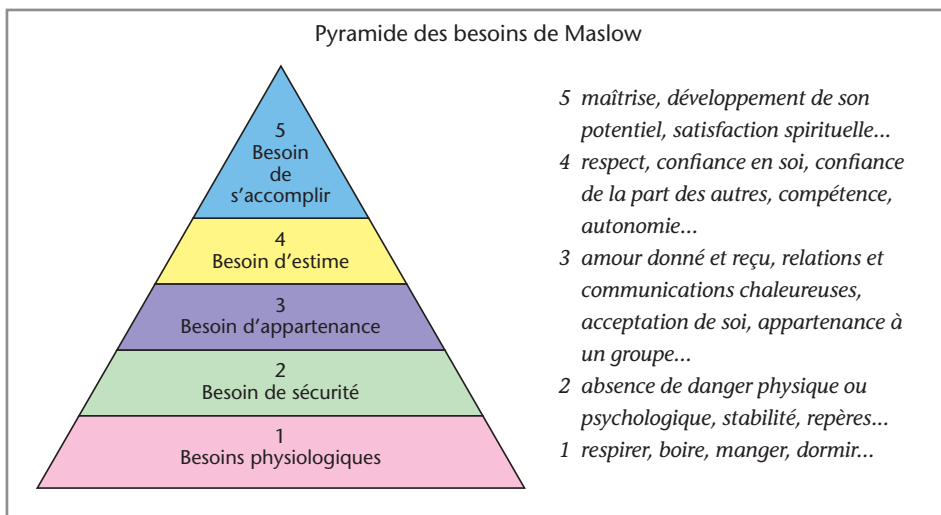
De nombreux auteurs différencient les besoins physiologiques, psychiques et sociaux. Nuttin (in : Pourtois et Desmet, p. 65) distingue les besoins « cognitifs » (participant d'une recherche d'interactions optimales de l'individu avec son milieu) et les besoins « homéostatiques » (opérant par simple réduction de tension). De toutes ces théories, c'est souvent la « pyramide des besoins » de Maslow (1970, in : Pourtois et Desmet, p. 65) qui est retenue. Cette pyramide va des besoins physiologiques au besoin d'accomplissement en passant par les besoins de sécurité, d'appartenance, et de considération. Ces théories fondatrices de la notion de « besoin » tentent donc de placer l'individu et sa subjectivité au cœur de l'analyse, ce qui s'oppose fondamentalement à une définition des besoins par les experts et l'épidémiologie. Il n'en reste pas moins vrai que ces théories se situent toujours à l'intérieur d'une problématique générale empruntée à un « fonctionnalisme » réduisant l'individu à une entité abstraite et isolée de son contexte⁶. Cela conduit à des

2 Piette D. Besoins, demandes et offres de santé publique. Fiche technique n°2. Bruxelles : ULB. 1998.

3 Goudet B. Méthodologie d'élaboration de projet et d'évaluation en promotion de la santé et développement social [Notes de cours - DU en Santé Communautaire]. Bordeaux : Université Bordeaux 2, 2002.

4 Goudet B. 2002, op.cit.

5 Pourtois JP, Desmet H. L'éducation post-moderne. Paris : Presses Universitaires de France, 3^e éd., 2002.



applications aussi normatives que mécanistes niant la complexité des situations humaines, oubliant la contingence et les variations de ces situations et des opportunités qu'elles peuvent ménager, faisant l'impasse sur les contradictions qui habitent chaque sujet, occultant les jeux du manque et du désir.

Malinowski avait déjà souligné l'importance de la « coloration culturelle » des besoins, qui ne pourraient être étudiés en rapport à des normes objectivées et quantifiées une fois pour toutes car la manière dont les individus les satisfont est culturellement marquée⁷.

Limites de la notion de demande

L'acceptation courante du terme « demande » (action de faire connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui - Petit Robert) se situe en contradiction avec la définition donnée plus haut. D'une part, la demande est difficilement dissociable du caractère exprimé de celle-ci [*action de faire connaître...*]: s'il y a une demande, c'est qu'elle est formulée. Si l'on distingue « besoins objectifs » et « demandes [formulées] », où place-t-on les difficultés vécues par le sujet mais pas nécessairement objectivables ni communiquées à l'extérieur ?

D'autre part, la demande est difficilement dissociable de l'offre [... *ce qu'on désire obtenir de lui*]: en demandant, on se fait toujours une représentation, une image de l'offre.

L'opposition qui est faite entre les besoins « objectifs » et les demandes « subjectives » nous semble également abusive. Si une demande n'a de sens que si elle est corroborée par un « réel » besoin de santé, où place-t-on les notions subjectives de confort, de bien-être, de qualité de vie...?

Notons que cet obstacle était déjà mis en évidence par Danielle Piette⁸, lorsqu'elle souligne

que le concept de demande est limité par la perception individuelle : si une demande ne correspond pas à un problème de santé « objectif », celle-ci est considérée comme non prioritaire pour décider d'un projet ou d'une intervention.

Limites de la notion d'offre

L'offre de services à laquelle il est fait référence dans ce schéma tripartite se rapporte à l'offre existante. Un élément fondamental à prendre en compte en matière d'analyse de l'offre de services est précisément l'accessibilité de cette offre. Un service peut être disponible (existant) et pourtant inaccessible (géographiquement, financièrement, ou même culturellement).

Petit exemple... Lors de la conférence de l'UIPES à Vancouver en juin 2007, un haut chef spirituel d'une tribu des îles Salomon est venu expliquer pourquoi une infrastructure de soins de santé (bâtiments, personnel, compétences et matériel), pourtant présente et performante, n'était pas utilisée par la population. C'était parce qu'elle ne s'insérait pas dans les traditions culturelles du groupe : les femmes et les hommes étaient reçus dans le même bâtiment, le réseau d'alimentation en eau potable était souterrain (et donc les villageois passaient par-dessus, ce qui rendait pour eux l'eau impropre à la consommation), les jeunes accouchées étaient renvoyées chez elles peu après la naissance de leur enfant (avant qu'elles soient passées par un nécessaire processus de « désacralisation »), etc.

Le schéma tripartite d'analyse de situation ne prend pas suffisamment en compte cet aspect de l'offre de services.

Une nouvelle façon de voir

Si, dans l'approche dite « classique », la situation « idéale » est représentée par une petite fraction du schéma, nous proposons de ne plus nous limiter à ces situations finalement très rares et difficiles à atteindre (correspondance parfaite entre besoins,

demandes et offre). Il est au contraire nécessaire d'analyser ce qui peut être fait quand une demande existe mais n'est pas nécessairement renforcée par l'existence d'un « besoin de santé », quand la définition par un groupe d'individus d'un « besoin » est en contradiction avec l'épidémiologie, etc.

Cette nouvelle approche nous paraît particulièrement adéquate pour la construction d'interventions de proximité (santé communautaire, actions locales...). Appuyée sur les perspectives développées par les « sociologies à acteurs » et plus particulièrement sur les travaux de l'école de Michel Crozier⁹, elle replace la situation qui motive l'intervention dans le cadre d'un champ social vivant, habité de stratégies implicites entre les divers partenaires – destinataires, promoteurs, experts, opérateurs, financeurs –, parcouru d'initiatives parfois divergentes appelant d'inévitables négociations.

Elle évite de transformer trop vite en « besoin » ce qui pose problème au demandeur et ce qui dissone avec les normes de l'expert au risque de prendre le symptôme pour le mal et de s'acharner sur l'arbre qui cache la forêt. Elle renvoie chacun à ses propres intérêts et à ses représentations, toujours relatives. Elle s'efforce de restituer au destinataire sa liberté d'acteur.

Une triple perception de la santé

Nous proposons, avec Goudet¹⁰, de ne plus parler d'analyse de besoins mais bien d'étude de la situation selon la méthodologie des « situations-problèmes ».

Cette approche est structurée par les lignes directrices suivantes :

- les acteurs professionnels sont considérés comme faisant *partie intégrante de la « situation-problème »*, et donc de l'analyse qui en est faite;
- l'approche est mise en œuvre par des professionnels se situant comme *agents de promotion de la santé et de développement social*. Cette fonction les conduit au partenariat avec les acteurs institutionnels, au sein de réseaux et en liaison avec les initiatives locales;
- attentifs aux différentes dimensions des situations vécues quotidiennement par les habitants du territoire (les membres de la collectivité), ces professionnels s'efforcent de replacer les éléments de situation qui concernent directement ces habitants dans *une approche globale des situations vécues posant problème* aux sujets et aux groupes qui y sont impliqués;

⁹ Le principal ouvrage de référence pour comprendre cette approche reste « L'acteur et le système », publié pour la première fois à Paris aux Editions du Seuil en 1977 et maintes fois réédité depuis.

¹⁰ Goudet B. *Éléments de méthodologie de projet en promotion de la santé et en éducation pour la santé. Formation des Médecins de l'Éducation Nationale (module Éducation pour la santé)*. Rennes : ENSP, 2004.

⁶ Goudet B. 2002, op. cit.

⁷ Malinowski B. *Une théorie scientifique de la culture*. University of North Carolina Press, 1944.

⁸ Piette D. 1998, op. cit.

- les demandes formulées par les gens eux-mêmes et les difficultés signalées par les professionnels de l'éducation, de la santé ou du social, sont abordées comme langages plus ou moins codés *manifestant l'existence de situations qui posent problème* à ceux qui les vivent car ils n'arrivent pas à y faire face.

Cette approche distingue dans l'analyse de situation trois modes de perception de la santé, chacun étant important et devant être étudié :

- la santé « diagnostiquée » : le point de vue des experts, la santé « objective », la santé « mesurée »;
- la santé « manifestée » ou « observée » : un problème est « manifesté » par le public final, ou « observé » par des relais... mais n'est pas nécessairement « vécu » comme altérant la qualité de la vie ; il s'agit donc de la santé telle que manifestée au travers des modes de vie, des comportements, de la santé intégrée dans une appréhension globale de l'individu ;
- la santé « vécue » ou « ressentie » : il s'agit du point de vue du public final sur sa qualité de vie, concept qui élargit la notion de santé.

Pour cerner au mieux la réalité de la situation que l'on espère modifier au moyen d'un outil, d'une action éducative, d'un projet de promotion de la santé... l'analyse de situation devra donc fournir des données renseignant sur ces dimensions et ces trois modes de perception de la santé.

Plusieurs approches pourront aider, l'une n'étant pas exclusive de l'autre :

- la démographie et l'épidémiologie fourniront des données sur la santé diagnostiquée, surtout dans sa dimension organique ;
- l'anthropologie culturelle renseignera sur les modes de vie, les coutumes et sur la santé manifestée, en particulier dans ses dimensions psychosociales et culturelles ;
- la psychologie abordera la santé vécue, sur sa dimension psychique ;
- la sociologie étudiera la santé manifestée, sur sa dimension sociale, sur le rapport entre les individus et leur environnement, leurs conditions de vie...

Lorsque ces données seront réunies, il s'agira de les intégrer dans une approche en termes de « situations-problèmes », c'est-à-dire :

- relever les données « *symptômes* » ;
- chercher à quelles *difficultés* par rapport à la santé, à l'insertion et au développement renvoient ces symptômes ;
- en dégageant les *systèmes de ressources et de contraintes des personnes et des groupes* ;
- en les mettant en rapport avec les ressources et contraintes diverses que ménage *l'environnement et les opportunités* qui peuvent y survenir ;
- en cherchant des « *enjeux* ».

La troisième partie de l'article fournit quelques pistes pour concrétiser cette approche.

Quelques repères pour mener une analyse de situation

Nous reprenons ci-dessous de larges extraits du guide méthodologique destiné aux constructeurs d'outils pédagogiques¹¹. Le contexte est donc particulier et le contenu en dépend fortement. Les grandes lignes sont cependant adaptables à tout autre type de projet de promotion de la santé.

Pour « relever les données symptômes »

Décrire le problème de santé sur le plan épidémiologique et démographique : recueil de données « objectives »

Pour faire quoi ?

Mieux cibler votre public final.

Argumenter votre projet et trouver des partenaires et des subsides.

Comment faire ?

Vos principales ressources seront ici les revues spécialisées et les organismes chargés de récolter des données (Institut national de statistiques, Banque de données en santé publique, écoles de santé publique, observatoires de la santé...). Dans le cadre d'outils (de projets) locaux s'adressant à une population bien circonscrite, ne négligez pas les données qui seraient en possession des relais en contact avec le public (CPAS, maisons communales, maisons de quartier, maisons médicales...).

Etudier la santé « manifestée » du public bénéficiaire

Pour faire quoi ?

Adapter les messages ou les services aux pré-occupations du public.

Nuancer l'analyse de la santé « vécue » du public.

Comment faire ?

Ceci s'étudie au travers de ce que le public exprime ou demande, au travers des modes de vie et du rapport entre les individus et leur environnement, mais aussi au travers de la perception des relais en contact proche avec le public.

Pour « analyser à quelles difficultés renvoient ces symptômes »

Etudier la santé « vécue » du public. au travers de ses représentations

Pour faire quoi ?

Construire un outil ou un service pertinent par rapport aux représentations des personnes à qui on le propose (l'outil ou le service doit venir s'intégrer dans les représentations existantes sans tout bouleverser).

Favoriser l'acceptabilité de l'outil, de l'action, du service par le public.

Comment faire ?

Quelles sont ses croyances, ses connaissances

par rapport au problème de santé envisagé dans votre projet ? Comment comprend-il, traduit-il ce problème dans son vécu quotidien ? Quelle origine et quelle signification lui donne-t-il ?

Prendre en compte les spécificités socioculturelles du public.

Pour faire quoi ?

Vous assurer que le problème de santé est pertinent, qu'il a du sens pour le public.

Créer des messages et ou des services plus adaptés.

Mieux interpeller le public.

Comment faire ?

Les représentations sont largement influencées par le niveau d'instruction, les habitudes sociales, les lieux de vie, l'ethnie, l'opinion politique... Toutes ces caractéristiques coloreront le reste de l'analyse du public. Elles sont néanmoins difficiles à recueillir car elles ne peuvent être perçues que par un contact direct.

Etudier les attitudes et les habitudes du public

Pour faire quoi ?

Choisir un support et des procédés psychopédagogiques (ou des infrastructures et des services) qui intéresseront le public et ne provoqueront pas de rejet massif a priori.

Comment faire ?

Qu'est-ce qui éveille l'intérêt du public ? Quels sont ses loisirs ? A quoi joue-t-il ?

Ou encore : est-il favorable à la création d'un comité de quartier ou d'un groupe de parole, à la mise en place d'un projet dans l'école, à la mise à disposition d'un nouveau service ou d'une infrastructure... ou toute autre action que vous envisagez dans votre projet ?

Mais aussi : comment vous, en tant que réalisateur de l'outil, promoteur du service ou réalisateur des actions, allez-vous être perçu et accueilli au sein du public ?

Pour « dégager les systèmes de ressources et de contraintes des personnes et des groupes »

Décrire les ressources (potentialités) et les contraintes (difficultés, incapacités)

Pour faire quoi ?

S'appuyer sur les forces existantes.

Ne pas s'engager dans des impasses.

Comment faire ?

Observation directe, entretiens... La manière importe finalement peu, l'essentiel étant de réfléchir le recueil de données en termes de potentialités autant qu'en termes de difficultés.

Pour « dégager les systèmes de ressources et de contraintes que ménage l'environnement »

Etudier le caractère acceptable du thème sur le plan politique et sociétal.

Pour faire quoi ?

Etre plus convaincant pour les partenaires.

¹¹ Frérotte M et al. 2004, op. cit.

Prévenir des résistances inattendues.

Juger de la pertinence de construire un outil pédagogique (de prévoir un nouveau service, une nouvelle action) sur ce thème.

Comment faire ?

Chaque thème en rapport avec la santé a une image spécifique dépendant du contexte culturel, politique et économique dans lequel il s'inscrit. Le caractère « acceptable » ou non de votre outil dépendra bien sûr de grandes recommandations de santé publique (OMS...) mais aussi de priorités financières, de collaborations interministérielles, de valeurs véhiculées par certains thèmes de santé...

Pour estimer le caractère acceptable d'un thème en rapport avec la santé, vous devrez prendre en compte l'image du thème dans les médias et l'opinion publique, les discussions dans les périodiques spécialisés, ainsi que l'engagement politique vis-à-vis du thème (son caractère prioritaire).

Analyser les ressources et les contraintes que l'environnement apporte à la population concernée

Pour faire quoi ?

S'appuyer sur les forces existantes, notamment celles que propose l'entourage.

Ne pas s'engager dans des impasses.

Construire un projet réaliste et original.

Comment faire ?

Cette analyse doit porter sur les différents domaines de la vie quotidienne : habitat et vie domestique, transports, scolarisation, éducation ou formation professionnelle, emploi, activités culturelles et sociales, santé et soins... Veuillez à distinguer les ressources (et les contraintes)

informelles (solidarités familiale et de voisinage, réseaux de relation...) et formelles (procurées par des organisations et des institutions sociales, sanitaires, éducatives, etc.).

Cette phase doit également passer par l'analyse des moyens humains et financiers mobilisables, la recherche de partenariats, et l'analyse de ce qui existe déjà en termes d'outils (de services ou d'actions) auprès de votre public ou en rapport avec votre propre idée. Pour cela, rien de tel que le bouche-à-oreille et la consultation... d'Education Santé!

Pour « dégager les enjeux »

Pour faire quoi ?

Eviter les résistances et trouver ce qui incitera les divers partenaires à s'impliquer dans l'action.

Comment faire ?

L'enjeu, c'est ce qui est à « gagner », les bénéfices que chaque type d'acteurs a conscience de pouvoir tirer du projet, pour la population concernée, pour les partenaires institutionnels, pour les professionnels. Les enjeux apparaîtront au moment de l'analyse globale de l'ensemble des données réunies dans votre description de la « situation-problème ».

Il ne vous « reste » plus qu'à colliger toutes ces informations pour décrire et analyser la « situation-problème ». Commencez par dégager le(s) problème(s) prioritaire(s) qui se pose(nt) à cette population. Cherchez ensuite les réponses possibles en :

- formulant les enjeux;
- indiquant les opportunités qui peuvent se présenter – événements favorables rythmant

l'année ou susceptibles de survenir dans l'actualité, restructurations du champ d'action appelant au changement des pratiques, apparition d'éléments nouveaux concernant le problème posé, etc. – et les moyens d'action possibles;

- examinant les réponses qui semblent pouvoir être apportées aux problèmes prioritaires et en dégagant celle qui paraît la plus opportune (souhaitable et faisable).

En guise de conclusion et de perspective...

Cette déconstruction du modèle classique de l'analyse de situation nous semble rendre une place plus participative à la population bénéficiaire des projets et des actions.

Cependant, le glissement que nous opérons pour remettre l'individu et sa perception « subjective » au cœur de l'analyse de situation, au même titre que la dynamique de son environnement social et d'autres données plus « objectives », va de pair avec une certaine complexification...

En effet, l'individu amène avec lui un état de santé, des connaissances et des expériences, mais aussi, et c'est là que cela peut devenir compliqué, des habitudes, des représentations et des attitudes bien ancrées, qui peuvent s'avérer selon les cas, de puissants obstacles au changement ou de puissants moteurs pour celui-ci.

Sophie Grignard (APES-ULg), **Bernard Goudet** (consultant, enseignant à l'université de Bordeaux II), **Chantal Vandoorne** (APES-ULg)

LU POUR VOUS

Améliorer l'offre alimentaire dans les écoles et les collectivités

L'alimentation est reconnue comme étant un déterminant important pour le maintien de la santé. Le développement fulgurant, et de plus en plus précocement, de l'excès de poids et de l'obésité figure aujourd'hui parmi les grandes préoccupations pour la santé publique.

Au moins un Belge sur trois souffre d'une surcharge pondérale et un sur dix d'obésité¹.

L'alimentation et l'activité physique représentent les deux leviers les plus importants pouvant être actionnés pour relever ce défi.



Les habitudes alimentaires sont influencées par de nombreux facteurs, notamment l'offre. De nombreux repas sont pris dans une collectivité, que ce soit à l'école ou sur les lieux de travail, et contribuent ainsi à influencer les apports nutritionnels.

C'est précisément la stimulation de l'offre en matière d'alimentation saine pour les jeunes dans les collectivités, en particulier dans les écoles, que la Fondation Roi Baudouin s'est fixée comme objectif dans le cadre de son programme « santé ». Il s'agissait, pour atteindre cet objectif, d'identifier et de réunir différents acteurs (gestionnaires de cantines scolaires, responsables de la santé dans

¹ Plan national nutrition santé belge, texte scientifique, version finale 2005.

les écoles) qui souhaitent relever le même défi : offrir une alimentation plus saine en tenant compte de différents facteurs, comme les préférences alimentaires des jeunes, la rentabilité de la cantine, des prix accessibles pour tous, la logistique, le fonctionnement de la cantine.

La Fondation a ainsi lancé un appel à projets auprès des écoles qui se sont déjà lancées ou souhaitent se lancer dans une démarche concernant cette thématique. Un réseau « Mieux manger à l'école », ouvert à tous les acteurs impliqués dans ce défi, a été mis sur pied afin de favoriser les échanges de bonnes pratiques, les partages d'expériences et d'informations, à travers des visites d'une dizaine de projets concrets au contenu très varié.

Au terme des visites, le réseau comprenait environ 400 personnes. Ces initiatives s'inscrivent dans le cadre du plan d'action « Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents en Communauté française », développé par les ministres de l'Enseignement, de la Santé et des Sports de la Communauté française². Les écoles visitées émanaient du réseau de la Communauté française (villes, communes, provinces), ainsi que du réseau libre.

Le guide qui synthétise cette démarche participative se nourrit des expériences menées dans les projets des écoles visitées³, ainsi que des échanges

2 Pour consulter le plan : www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/alimentation/

Les visites du réseau

Des « bons grammages » aux produits bio (Ottignies - Louvain-la-Neuve)

« De la soupe à 10 heures aux tartines du goûter » (Woluwe-Saint-Lambert)

« Refaire la cuisine en interne : quel investissement pour quels résultats ? » (Ath)

« Cuisine en interne, et légumes produits en partie sur place, internat avec « vrai » souper et participation des élèves » (Izel-sur-Semois)

« Manger sain sans croquer la planète - un restaurant scolaire à l'ère du développement durable » (Eupen)

« Tartine maligne », kit rééquilibrant le repas tartines (Intercommunale de Santé Harmegnies-Rolland)

« Un institut où les élèves sont des clients qui vont au restaurant » (Huy)

« La sensibilisation est en marche » (Marche-en-Famenne)

« Des mamys pour dîner comme à la maison » (Courrière)

3 Ces écoles ont été visitées en Communauté française et en Communauté germanophone. Un autre guide a été élaboré en Communauté flamande. Nous vous en recommandons aussi la lecture, il ne fait pas double emploi avec le guide francophone. Il donne plus de conseils de 'bonnes pratiques' que son pendant francophone, mais ne s'appuie pas sur un réseau d'expériences de terrain.

effectués dans le cadre du réseau. Il n'a pas la prétention d'apporter des réponses ou des solutions toutes faites à la problématique de la qualité de l'offre alimentaire. Il vise à identifier et à explorer les différentes lignes de force impliquées dans ce qui conditionne l'offre alimentaire dans les collectivités pour tenter de mieux comprendre la situation, et, au travers des diverses expériences, à dégager des messages clés, des trucs et astuces, pour tracer les pistes susceptibles d'être des facteurs de succès pour faire évoluer l'offre alimentaire dans un sens qui soit favorable à la santé.

Après avoir exposé les différents modes de fonctionnement qui caractérisent l'organisation de l'offre alimentaire, rappelé les objectifs nutritionnels poursuivis dans le cadre d'une alimentation saine et dressé un état des lieux dans les écoles, le guide aborde les différents paramètres qui apparaissent comme des points clés. Ces paramètres sont développés et illustrés par des exemples concrets en faisant référence aux projets visités (voir encadré). La description des projets permet de mettre en valeur ce qui a bien marché, sans omettre les problèmes rencontrés. Guggenbühl N., *Améliorer l'offre en matière d'alimentation saine dans les écoles et les collectivités : expériences et pistes pour relever le défi*, Fondation Roi Baudouin, juin 2008.

Vous pouvez obtenir gratuitement ce guide à la Fondation (070 233 728), ou le télécharger à l'adresse <http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=235906&LangType=2060> (4 Mb).

BRÈVES

Volontariat

Liège

17 et 18 janvier 2009

Le Département des Affaires sociales de la Province de Liège organise le Premier Salon du Volontariat qui aura lieu le week-end des 17 et 18 janvier 2009, de 10h à 18h à l'Eglise Saint-André, Place du Marché à Liège.

Sous le slogan « Votre engagement fait la différence », près d'une soixantaine d'associations accueilleront les futures volontaires dans un espace convivial; des conférences et des témoignages de volontaires sont également au programme de ce rendez-vous.

Le volontariat est une activité porteuse de sens qui favorise l'épanouissement personnel et renforce les liens sociaux. Un nombre croissant de personnes sont désireuses d'offrir ainsi leurs compétences à ceux qui en ont besoin. Le moment est donc bienvenu pour organiser ce Salon qui aura pour objectif d'informer le public sur les réels besoins des organisations et sur les différentes possibilités d'activités.

Six thèmes ont été retenus : la jeunesse, la famille, la personne handicapée, la personne âgée, la santé et l'aide sociale générale.

Pour de plus amples renseignements : Département des Affaires sociales de la Province de Liège, Andrée Beguin, Maison du Social de la Province de Liège, Boulevard d'Avroy 28/30, 4000 Liège. Tél.: 04 237 27 49.

Campagne

Vaccination contre la grippe saisonnière

Comme chaque année, une grande campagne de promotion de la vaccination contre la grippe est organisée en 2008.

A côté de la 'cible' traditionnelle que représentent les personnes âgées de 65 ans et plus, l'accent est mis comme l'an dernier sur la vaccination des professionnels de la santé, qui sont encore aujourd'hui souvent réticents à l'idée de se protéger (et donc de protéger les autres!).

On épinglera aussi une initiative intéressante de l'Association pharmaceutique belge, qui invite ses membres pharmaciens à sensibiliser leur clientèle diabétique âgée de moins de 65 ans.

La vaccination étant fortement recommandée aux malades chroniques, en particulier les diabétiques (la

grippe peut perturber leur glycémie), cette initiative mérite d'être saluée. Surtout que seulement 30 % de ces patients se font vacciner à l'automne. Des outils pour inciter les patients à aborder la question avec leur médecin ont été réalisés, qui permettront grâce à un code-barre une évaluation de l'impact de cette opération.

Dossier complet de cette campagne disponible sur www.vacc.info.



Revues

Cahiers Prospective Jeunesse

Le numéro 48 du 3^e trimestre 2008 est consacré au dossier 'L'amour : risque et ressource'. Même si l'amour peut être une 'dépendance', cette livraison veut surtout remettre les pendules à l'heure, en rappelant que ce sentiment 'interroge aussi notre capacité à construire des liens, ces fils qui nous relient aux autres et nous rendent plus forts pour être au monde'.

Salutaire, et, forcément, sous couverture rose!

Les 'cahiers' paraissent 4 fois par an.

Prix au numéro : 7 €. Abonnement annuel (frais d'envoi compris) pour la Belgique à 24 € (institution), 20 € (individuel), 15 € (étudiant).

Prospective Jeunesse, chaussée d'Ixelles 144, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 17 66. Fax : 02 513 24 02.

Courriel : cahiers@prospective-jeunesse.be.

Site : www.prospective-jeunesse.be.

Santé de 0 à 1 an

La Direction générale de la santé de la Communauté française propose une nouvelle publication périodique (semestrielle) destinée à mieux faire connaître ses multiples fonctions et initiatives dans ce domaine.

Après un numéro test qui présentait ses divers services, la première livraison est centrée sur les (très) jeunes enfants.

On y trouvera des données statistiques, une explication technique sur le processus de traitement des certificats de naissance, les programmes spécifiques de la Communauté française (prévention de la mort subite du nourrisson, rubéole congénitale, dépistage néonatal systématique de la surdité, dépistage des anomalies congénitales, vaccination des nourrissons, coqueluche toujours d'actualité, qualité du lait maternel, soutien à la parentalité et prévention de la maltraitance), et bien sûr aussi un rappel des missions de l'ONE.

Renseignements :

DG Santé Communauté française,

Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Courriel : luc.mathieu@cfwb.be

Publications

Nuisances automobiles

La Fédération Inter-Environnement Wallonie vient de sortir une brochure « Rouler nuit à votre santé et à celle de votre entourage » pour sensibiliser aux impacts de la voiture sur la santé.

Les nuisances de la voiture en termes de mobilité (congestion du réseau et plus encore des noyaux urbains) et d'environnement (émissions de CO2 contribuant aux changements climatiques) sont désormais largement connues, mais ses impacts négatifs sur la santé restent trop souvent ignorés. Même s'il est toujours utile de le rappeler, plus personne n'ignore que l'automobile émet une liste impressionnante de polluants toxiques ou qu'elle blesse et tue lors des accidents de roulage.

Par contre, on connaît moins son impact sur le stress, celui du conducteur englué dans le trafic mais aussi celui de la population baignée dans un bruit de fond

permanent. On oublie aussi souvent que l'auto contribue au développement de l'obésité en coupant ses utilisateurs assidus d'un effort physique quotidien. Et on ignore carrément des éléments comme, par exemple, le fait que l'habitacle d'une auto est plus pollué que son environnement extérieur et ce, même en plein trafic.

C'est pour combler ces lacunes d'information que la Fédération Inter-Environnement Wallonie a réalisé une brochure intitulée « Rouler nuit à votre santé et à celle de votre entourage ». Une publication qui fait le point sur les impacts sanitaires du trafic routier et qui propose en outre diverses alternatives à l'automobile, et des conseils permettant de remettre celle-ci à sa juste place dans nos déplacements.

Car s'il est évident que se déplacer fait partie intégrante de notre mode de vie et contribue à sa qualité, il importe de rappeler que le « tout à l'auto » est non seulement insoutenable pour la société et insupportable pour la planète mais également dommageable pour la santé!

Cette brochure est téléchargeable gratuitement sur www.iewonline.be ou peut être commandée via info@iewonline.be



Droits d'auteur

Les Actes de la matinée d'information organisée le 16 juin dernier par la Mutualité socialiste et Question Santé sont disponibles sur le site www.pipsa.org. Pour ceux qui ont manqué cette excellente initiative (les très nombreuses questions du public présent ce jour-là en témoignent à suffisance), ce document de 18 pages fournit des informations très intéressantes sur les principes juridiques applicables à cette matière, et sur des pratiques nouvelles permettant une circulation plus démocratique du savoir tout en respectant un minimum de règles (notion – joliment intitulée – de copyleft, licences Creative Commons). En effet, on peut protéger son travail tout en encourageant sa diffusion gratuite!

Cardiovasculaire

Nouveau dossier technique de RESOdoc 'Quelles sont les 'bonnes pratiques' en termes de stratégies de promotion de la santé cardiovasculaire ?' (juillet 2008, 08-50), réalisé à la demande et en collaboration avec le groupe d'appui du Comité de pilotage du PCO cardiovasculaire de la Communauté française (CAP Cœur).

Ce document de 45 pages peut être téléchargé gratuitement sur www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso ou commandé au RESOdoc UCL, Centre Faculté - 1, Av Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: 02 764 50 74 (compter 12 euros de frais).

Alimentation

« Se nourrir, acte individuel ou communautaire ? », une nouvelle brochure éditée par le Service éducation permanente de l'asbl Question Santé, qui met en évidence que les façons de se nourrir se sont modifiées dans la société occidentale contemporaine par rapport à la manière traditionnelle.

Manger n'est plus uniquement une affaire de famille ou de communauté, c'est maintenant aussi une histoire de choix individuels.

Plusieurs évolutions sociétales ont favorisé ce changement, notamment dans la composition des ménages, le rôle de la femme, la localisation des populations.

Les entreprises agroalimentaires se sont adaptées et invitent également à une consommation individuelle. Pourtant ces transformations ont des répercussions sur la santé des gens...

La brochure est uniquement disponible sur le site www.questionsante.be (au format PDF) ou sur cédérom (envoyé par la poste).

Renseignements : Service éducation permanente de Question Santé, Isabelle Dossogne, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 41 74. Fax : 02 512 54 36.

Santé publique

La revue bimestrielle de la Société française de santé publique consacre le dossier de son numéro de juillet-août 2008 à 'La décision en santé publique' dont les aspects éthiques, les pratiques et les processus sont largement abordés. Des cas concrets sont également présentés : alcool, infections nosocomiales, amiante. Santé publique, 2 rue du Doyen J. Parisot, BP 7, 54501 Vandœuvre-lès-Nancy. Abonnement pour 2008, 90 euros. Internet : www.sfsp.fr.

Normes de santé

En même temps que son trimestriel n° 51 consacré à 'La santé à l'âge mûr', Bruxelles Santé sort les Actes du colloque organisé par l'asbl Question Santé le 6 mai dernier (voir notre article 'Le petit chat est mort, quand les normes de santé nous gouvernent', www.educationsante.be/es/article.php?id=1022). Question Santé, rue du viaduc 72, 1050 Bruxelles. Tél.: 02 512 41 74. Fax : 02 512 54 36. Internet www.questionsante.org.

Dossier. Anorexie, boulimie : prévenir, éduquer, soigner



Mieux comprendre les troubles du comportement alimentaire, *Jean-Luc Vénisse*
 Troubles des conduites alimentaires : un adolescent sur quatre concerné, *Nathalie Godart, Bruno Falissard*
 Anorexie : aspects somatiques et psychologiques, *Natacha Germain-Zito, Bogdan Galusca, François Lang, Bruno Estour*
 Adolescentes anorexiques : repères pour une thérapie adaptée, *Claire Lamas, Isabelle Nicolas, Maurice Corcos*
 Troubles du comportement alimentaire : quelle place pour l'image du corps ?, *Xavier Pommereau*
 « Les soins se construisent autour de l'éducation pour la santé », *Françoise Narring*
 Saint-Etienne expérimente la prévention en réseau, *Stéphane Billard, Jean Okala, Linda Szabo, Bruno Estour, François Lang*
 Réseau de prise en charge dans le Sud-Ouest : éviter l'hospitalisation, *Gilles Bibette, Philippe Nicolas*
 « Nous devons agir vite, efficacement et en réseau », *Gilles Bibette*
 Patients anorexiques : un duo pédiatre - pédopsychiatre pour la prise en charge, *Georges Picherot*
 Les familles face à l'anorexie, *Solange Cook-Darzens*
 « Nous les écoutons et leur redonnons confiance », *Marie-Elisabeth Saillet*
 Fil Santé Jeunes : écouter et orienter pour rompre l'isolement, *Magali Jablonski*
 Pour en savoir plus, *Céline Deroche, Sandra Kerzanet*

Rubriques

Qualité de vie

« Chacun d'entre nous peut être acteur de prévention du suicide », *Michel Debout*
 Après les états généraux de l'alcool : quelle mobilisation sur le terrain ?, *Juliette Guillemont*

International

La promotion de la santé se développe en Afrique francophone, *David Houéto et Hélène Valentini*

Enquête

Enquête sur les accidents de sport, *Bastien Soulé*
 Focus : les accidents de sport dans le Baromètre santé 2005, *Christophe Léon*

Santé à l'école

Enseignement adapté : les difficultés de l'éducation à la sexualité, *Jean-Claude Rochigneau, Dominique Berger*

Lectures

L'abonnement à *La Santé de l'Homme* (6 numéros par an) est de 28 € pour la France métropolitaine et de 38 € pour la Belgique.
 Pour tout renseignement : *La Santé de l'Homme, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 42 Bd de la Libération, F-93203 Saint-Denis cedex. Tél. 1 49 33 22 22. Fax 1 49 33 23 90. Internet : www.inpes.sante.fr*

Avis aux impatientes

Vous pouvez prendre connaissance d'*Education Santé* une quinzaine de jours avant sa parution. Pour cela, il vous suffit d'envoyer votre adresse électronique à education.sante@mc.be.
 Vous recevrez alors la revue avant le 25 du mois précédent la date de parution. Elle vous sera envoyée au format PDF.
 Pour rappel, les articles sont mis en ligne sur www.educationsante.be vers le 20 du mois indiqué sur la couverture.
 Merci de nous prévenir si vous souhaitez supprimer votre abonnement postal par la même occasion.

Sommaire

Initiatives

- Contre le sida, persister et innover, par *Lise Thiry* 2
- Un programme de prévention des violences à Clermont-Ferrand, par *Elisabeth Stollsteiner* 4
- Identifier les besoins de santé des adolescents, par *Florence Noirhomme-Renard et Alain Deccache* 7
- Céréales du petit-déjeuner : pas tous les jours!, par *Test-Achats* 10
- L'alcool chez les jeunes à Bruxelles, par *Christian De Bock* 12
- La santé mentale des exclus, par *Médecins du Monde* 12

Réflexions

- Pour envisager différemment les analyses de situation, par *Sophie Grignard, Bernard Goudet et Chantal Vandoorne* 13

Lu pour vous

- Améliorer l'offre alimentaire dans les écoles, un guide de la *Fondation Roi Baudouin* 17

Brèves

18

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique, 50 € pour 22 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais.

RIB : GKCCBEBB. IBAN : BE 60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

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

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02-246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétaire de rédaction adjoint : Catherine Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

Collaboratrice : Carole Feulien.

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Colette Barbier, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Carole Feulien,

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Roger Lonfils, Karin Rondia, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege.

Comité opérationnel : Alain Cheronnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Thierry Poucet.

Editeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2.800 exemplaires.

Diffusion : 2.600 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be
 Courriel : education.sante@mc.be

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

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site adhère à la Plate-forme www.promosante.net.

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



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