

' Nos premières fois ' ou ' Comment naître parents ' en pages 2 à 4

« Nos premières fois » ou « Comment naître parents »

Voici quelque temps, les services Infor Santé, Marketing et Recherche & Développement de la Mutualité chrétienne ont réalisé une enquête (voir plus loin) visant à mieux connaître le profil, le vécu et les besoins des jeunes parents, pour créer entre autres un outil de promotion de la santé répondant à leurs attentes. C'est chose faite aujourd'hui avec le beau livre « Nos premières fois ou comment naître parents ».

Education Santé a rencontré la cheville ouvrière de cette aventure éditoriale, France Gerard, chargée de projets en promotion santé aux Mutualités chrétiennes.

Education Santé : « Nos premières fois », qu'est-ce que c'est ?

France Gerard : C'est tout simplement un joli livre illustré avec une belle couverture cartonnée, un bel objet que nous avons souhaité offrir à nos affiliés jeunes parents en leur donnant envie de le garder...

ES : Quels en sont les objectifs ?

FG : Les buts poursuivis par ce nouvel outil sont d'offrir un meilleur soutien (notamment psychologique) à la maman après l'accouchement, et d'élargir ce soutien au papa. Il est centré sur les parents et non sur le bébé, ce qui en fait sa particularité par rapport à l'offre pléthorique d'informations destinées aux jeunes familles. L'objectif est aussi de démedicaliser cette étape et de rendre aux parents leurs compétences naturelles.

Ce livre veut aussi rendre les femmes plus actives face à leur gynécologue, et favoriser leur questionnement et leur dialogue avec le monde médical. L'objectif global est donc d'aider les jeunes parents à exprimer leur vécu et leurs difficultés afin que le nouveau-né soit accueilli dans le cercle familial dans les meilleures conditions. L'entourage direct n'est pas oublié puisque le



livre veille également à le sensibiliser aux difficultés que la mère peut rencontrer.

ES : Pouvez-vous nous en dire plus sur la forme de ce livre ? D'où vous est venue l'idée d'un livre illustré ?

FG : Cet ouvrage est composé de 15 courts chapitres de 1 à 2 pages sur différents thèmes, 15 « premières fois », ponctués de témoignages dans lesquels chaque parent pourra se reconnaître.

Nous souhaitons offrir aux nouveaux parents quelque chose qu'ils auraient envie de garder. Nous ne souhaitons donc pas faire une brochure avec une durée de vie nettement plus courte.

C'est ainsi que nous avons opté pour un beau livre et nous espérons que les parents le garderont dans leur bibliothèque. C'est aussi la raison pour laquelle nous avons fait appel à un illustrateur de toute première force, Serge Dehaes, pour s'occuper de la partie visuelle du travail. Chaque « première fois » est ainsi illustrée d'une manière tendre et humoristique.

ES : Comment s'est déroulée la conception ?

FG : Ce fut en tout cas une gestation plus longue que lors d'une grossesse normale ! Comme pour tous les projets sur lesquels nous travaillons, nous avons appliqué une logique de projet et fonctionné avec un groupe de travail. Nous sommes partis des résultats de l'enquête, de la

Les sujets abordés dans " Nos premières fois "

Bébé rentre "chez lui"!
Bébé et sa première sortie
De retour chez votre gynécologue
Premier rendez-vous chez le coiffeur
Votre première séance de kiné postnatale
Premier biberon
Le retour de la contraception
Plus que quelques kilos à perdre pour retrouver sa ligne!
Vivement les premiers câlins sous la couette
Une sortie en amoureux
Une première nuit complète
Le premier jour sans allaiter
Première journée sans bébé
La première journée de travail
Embarqués dans le même bateau

réalité des tout jeunes parents et nous avons construit l'outil, avec bien sûr la collaboration d'experts (psychologue, gynécologue) et des principaux concernés : des jeunes parents.

ES : De quelle manière cet outil est-il diffusé ?

FG : Il est remis depuis le printemps 2006 par les mutualités francophones et germanophone à tous les nouveaux parents venant annoncer la naissance de leur bébé, comme un « cadeau naissance » supplémentaire en quelque sorte. « Nos premières fois », livre offert gratuitement aux jeunes parents membres de la Mutualité chrétienne, sur demande. Prix de vente pour les autres : 12 €, à verser sur le compte 799-5524509-70 d'Infor Santé. Communication : Premières fois. Pour plus d'informations concernant ce livre ou pour le commander : France Gerard, Infor Santé, ANMC : 02 246 48 54, france.gerard@mc.be.

Carole Feulien

L'enquête « naître parents »

Voici un peu plus de 2 ans, une enquête avait été menée auprès de tous les jeunes parents affiliés à la Mutualité chrétienne afin de connaître leurs attentes à l'égard de cet organisme assureur. Les résultats ont montré qu'ils souhaitaient, entre autres, un outil d'information ayant pour but de les rassurer quant aux interrogations qu'ils peuvent avoir face à cet événement inédit pour eux.

L'enquête comprenait 3 parties : l'une déterminant les caractéristiques socio-économiques des parents, la seconde s'adressant au papa et enfin la troisième s'adressant à la maman. Le

public cible était constitué des membres des Mutualités chrétiennes francophones et germanophone ayant un enfant âgé de 2 semaines à 6 mois. Cette enquête s'est déroulée par voie postale, avec un taux de réponse très satisfaisant de 34,5 %. Les jeunes parents se sont donc montrés très disponibles pour parler de leur vécu, des problèmes qu'ils ont rencontrés, de la préparation à la naissance, de la gestion du stress, du suivi par des professionnels, de la répartition des tâches au sein du ménage après l'arrivée de bébé, des changements survenus dans leur couple et bien d'autres choses encore.

Voici quelques informations sur ce que les mamans et/ou les papas attendent en ce moment spécial pour eux qu'est la naissance de leur enfant...

Par ordre d'importance, les pères souhaitent des informations concernant :

- les aides matérielles et financières pour les jeunes parents (67,3 %);
- pour ceux qui ont déjà un ou des enfants : la manière de s'y prendre avec les frères et sœurs du nouveau venu (42,3 %);
- les aides possibles pour les démarches administratives (34,4 %);

- la gestion des petits problèmes du quotidien (34,1 %);
- la meilleure manière de vivre la relation de couple ou les relations sexuelles après la naissance (30 %);
- la façon de trouver un lieu de garde pour leur enfant (28 %);
- l'organisation du temps (25 %);
- les endroits où trouver du matériel à acheter ou à louer (21,2 %).

Par ailleurs, ils ont une nette préférence pour l'information via des brochures disponibles gratuitement (88,3 %). Ensuite viennent les séances d'informations.

Par ordre d'importance, les mamans souhaitent des informations concernant (voir graphique) :

- les aides matérielles et financières pour les jeunes parents (72 %);
- l'éveil du bébé (70 %);
- la remise en forme de l'abdomen (56,8 %);
- les maux de dos (48,3 %);
- la diététique et l'alimentation (45,2 %);
- la gestion des petits problèmes du quotidien (42 %);
- la sexualité après la naissance (40 %);
- les problèmes de sommeil (38 %);
- les démarches administratives à poursuivre après la naissance (35 %);
- les lieux de garde pour les bébés (34,4 %);
- l'endroit où trouver du matériel à acheter ou à louer (31 %);
- le baby blues (27,3 %);
- les fuites urinaires (18,8 %).



Illustration © Serge Delhaes

Les mères, tout comme les pères préfèrent recevoir l'information via des brochures gratuites (95,3 %). Ensuite viennent aussi les séances d'information.

La Mutualité chrétienne a donc décidé de répondre à ces attentes de différentes façons (voir encadré page suivante).

Pour obtenir la synthèse des résultats de l'enquête, vous pouvez appeler le service Infor Santé au 02 246 48 54 ou écrire à : infor.sante@mc.be ou encore : Mutualité chrétienne – Infor Santé, Chaussée de Haecht 579/40 – 1031 Bruxelles.

C.F.

Infor Santé, le service de promotion de la santé de la Mutualité chrétienne

Vous êtes parent, enseignant, étudiant, éducateur, infirmière... ou tout simplement intéressé par des thèmes de santé ? Vous voulez en savoir plus sur des sujets santé qui vous touchent personnellement ?

Le service Infor Santé peut vous aider... Il met gratuitement à votre disposition un large éventail de documentation.

- ▀ Il met à disposition du grand public et des professionnels des **dépliants** et des **brochures**.

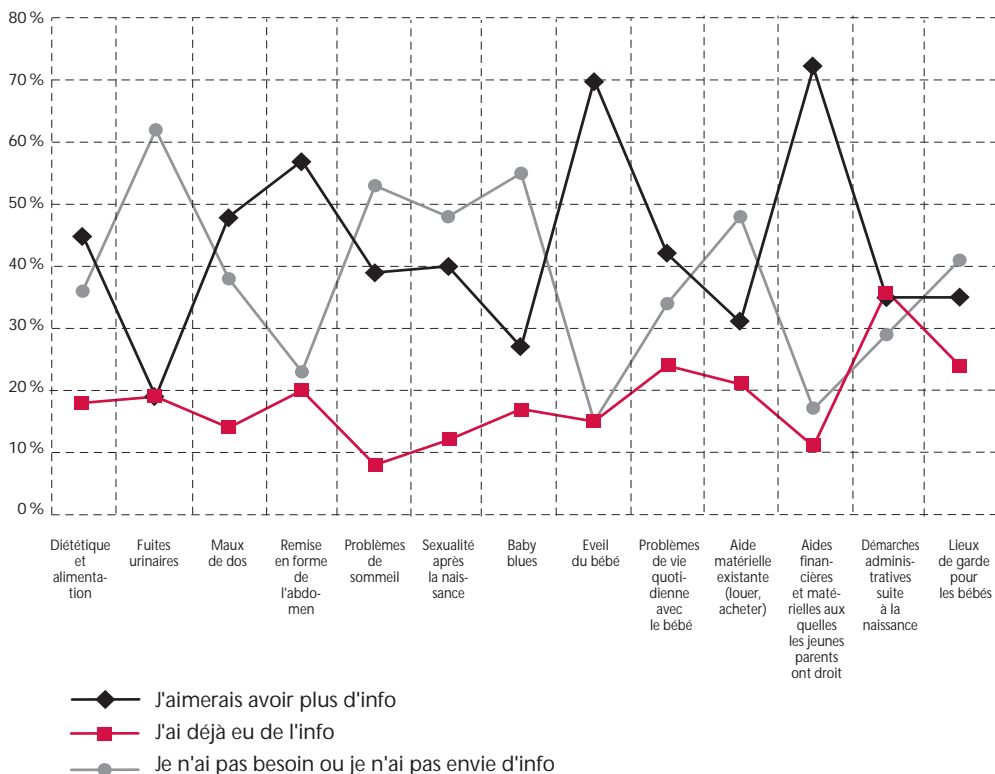
Tous les sujets sont abordés : petit-déjeuner, médicaments moins chers, tabac, sommeil, cholestérol...

- ▀ Il réalise des **programmes** de prévention et de sensibilisation sur différents thèmes (prévention des traumatismes, hôpital, alimentation...), pour un public d'adultes, d'enfants ou de professionnels.

- ▀ Infor Santé propose des **animations locales** dans toute la Communauté française, autour de l'alimentation, des médicaments, de l'hôpital, de la sécurité routière (casque vélo)...

- ▀ Et il peut aussi : vous procurer ses outils pédagogiques pour la réalisation d'un projet santé dans votre école, votre association ...

Pour découvrir toutes les publications du service Infor Santé, demandez son catalogue en appelant le 0800 10 9 8 7 (numéro gratuit), ou en écrivant à infor.sante@mc.be, ou à Mutualité chrétienne - Infor Santé, Chée de Haecht 579/40 – 1031 Bruxelles.



Si elle s'adresse aux jeunes familles pour promouvoir son assurance complémentaire à travers des annonces publicitaires, la Mutualité chrétienne est également à leurs côtés pour les accompagner dans une des aventures les plus extraordinaires qui soit, celle de devenir parent... Au cadeau du genre gadget, elle préfère une démarche plus participative, informative, qualitative... Focus sur quelques réalisations sur mesure.

Présence au salon BabyBoom

Le salon BabyBoom est un des rendez-vous importants des mutualités avec les jeunes familles belges. Proposant une approche moins commerciale que ses correspondants régionaux, il permet aux futurs et jeunes parents de trouver des informations diverses sur l'alimentation, la sécurité, la santé, les garderies, les droits, l'éducation, la maternité... Lors de l'édition 2005 organisée au Heysel, ils ont été plus de 3000 à s'arrêter au stand de la Mutualité chrétienne. Les futurs et jeunes parents ont été accueillis, conseillés, rassurés même parfois. Cette première expérience a permis d'établir des contacts, de proposer un service et un conseil et surtout de mieux connaître les attentes et les besoins de ce public.

Publications et outils

D'autres initiatives ont vu le jour. Ainsi, le service Infor Santé a réalisé le livre « Nos

premières fois ou comment naître parents » (voir article page 2).

Par ailleurs, il y a quelques mois, 1500 futures mamans ont reçu un courriel de la Mutualité chrétienne, les invitant à obtenir gratuitement deux guides, l'un autour de la naissance (« Naître parents ») et l'autre axé sur la petite enfance (« Et comment vont les enfants ? »). Ces deux guides contiennent des renseignements sur les droits des enfants et des parents pour les domaines de l'assurance obligatoire et complémentaire, mais aussi des informations santé plus générales.

Le guide « Naître parents » en particulier, qui a été mis à jour et complété cette année, rassemble de façon concise des informations et des conseils afin d'accompagner les futurs parents depuis le tout début de la grossesse jusqu'aux premiers mois de leur bébé. Il propose des conseils santé pour mieux vivre la grossesse, l'accouchement et l'arrivée de bébé dans la famille, des infos utiles sur les démarches administratives à entreprendre dans le cadre d'une naissance mais également des infos et conseils liés à la gestion de leurs soins de santé.

Si vous souhaitez obtenir ce guide ou « Et comment vont les enfants ? », n'hésitez pas à appeler le numéro gratuit 0800 10 9 8 7.

Cadeaux naissance

Outre une prime, les mutualités régionales

proposent aux jeunes parents un « kit naissance » : kit de sécurité (coins de table, cache-prises, arrêts de porte et de tiroir...), chèques 'diététique'... à retirer chez leur conseiller mutualiste après la naissance de leur enfant.

Des animations

A côté de cela, la mutualité St-Michel (MC Bruxelles) organise, en partenariat avec Infor Allaitement, des 'Rencontres Allaitement'. En présence d'une animatrice formée en accompagnement de l'allaitement, les (futurs) mamans ont l'occasion de partager leurs expériences et de poser leurs questions. Divers thèmes sont abordés : le rythme du bébé, le bon départ, la pratique de l'allaitement, le manque de lait, les crevasses et engorgements, la reprise du travail, tirer et conserver son lait, le sevrage, etc. Ces rencontres ont lieu plusieurs fois par mois, à Bruxelles. La participation est gratuite et ouverte à toutes.

Pour plus d'informations : service Infor Santé St-Michel : Pascale Dupuis : 02 501 55 19 ou infor.sante.bxl@mc.be

Etre parent ne s'improvise pas. La Mutualité chrétienne, à travers ses différentes initiatives, tente d'accompagner ses membres dans cette grande aventure en les informant et en les conseillant au mieux. Elle les aide ainsi à mieux « naître parents »...

CF

Les publications de l'ONE

On ne peut évoquer la thématique de la naissance sans rappeler le rôle essentiel de l'ONE en Communauté française. L'une des missions premières de l'ONE consiste à accompagner les futurs et jeunes parents dans leur rôle d'éducateurs et à fournir aux femmes enceintes toute l'information et le soutien nécessaire pour mener leur grossesse à terme dans les meilleures conditions. A cet effet, des brochures sont régulièrement éditées et diffusées vers un large public à titre gratuit.

Début 2006, plusieurs titres sont venus compléter la collection.

Projet de bébé ? Une idée qui se prépare avant la conception!

Ce dépliant a pour but de sensibiliser les personnes en désir d'enfant à l'importance d'une rencontre avec un médecin ou un gynécologue avant de concevoir un enfant. Il explique les objectifs d'une visite préconceptionnelle : s'assurer des antécédents familiaux, des maladies infectieuses, des maladies génétiques; connaître les compléments alimentaires, les précautions à prendre; obtenir des informations à toutes les

questions des futurs parents; s'informer du suivi de la grossesse, l'accouchement et les premiers mois du bébé.

Envie de bébé ? Faites vos réserves d'acide folique

Ce dépliant s'adresse aux femmes de 15 à 35 ans (voire plus). Il les informe sur l'importance de l'acide folique sur le développement du fœtus lors de la grossesse, les risques de malformation en cas de carence durant cette période, les aliments qui en contiennent, ou encore les suppléments d'acide folique en comprimé.

Encore un bébé mais pas tout de suite

Ce dépliant s'adresse aux nouveaux parents et plus particulièrement à la femme ayant récemment accouché, dans le but de la sensibiliser à l'intérêt d'une contraception en post-partum et de l'informer sur les différents moyens de contraception classés selon deux situations : la mère qui allaite ou la mère qui donne le biberon.

Dépistages

Signalons encore les dépliant sur "La drépanocytose" et "La bêta-thalassémie majeure (anémie de Cooley)", qui informent les futurs parents et parents de populations immigrées sur l'im-

portance du dépistage de ces deux maladies.

Devenir parents

Enfin, rappelons l'existence de la brochure "Devenir parents" parue en 2005, qui apporte une série de réponses aux questions que les (futurs) parents se posent, et notamment le papa, dont le rôle éducatif est ici pleinement mis en exergue. La brochure s'articule autour des chapitres suivants :

1. Devenir parents progressivement
2. Quels sont les besoins de l'enfant ?
3. Quels sont les services offerts aux parents ?
4. Quels sont les droits et devoirs des parents vis-à-vis des enfants ?
5. Les enfants ont-ils des droits ?
6. Quelles sont les différentes mesures et démarches entourant la naissance ?
7. Adresses utiles.

Pour obtenir ces brochures gratuites : Office de la Naissance et de l'Enfance, Service Education pour la santé, chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles. Tél.: 02 542 12 11. Fax : 02 542 12 51.

Courriel : info@one.be

MVA

Les collations saines à l'école

Le débat pour supprimer les collations de matinée a été lancé en France, alors que chez nous, les programmes développés par les écoles pour proposer des collations saines prennent un élan important. Dès lors, qui a raison et qui a tort? Et les deux positions sont-elles inconciliables?

La collation de milieu de matinée dans l'enseignement maternel et primaire soulève de multiples questions qui concernent tant la qualité que l'opportunité de celle-ci. Pourtant, autour de nous, les écoles sont de plus en plus nombreuses à instaurer des programmes de collations saines, avec plus ou moins de réflexion sur ce concept.

Les défenseurs de ces programmes avancent le fait que bien qu'une majorité des enfants prennent un petit-déjeuner rendant cette collation inutile, ce premier repas essentiel n'est équilibré que dans 1 cas sur 10 (produit laitier, céréales et fruits). Ils avancent également le fait que certains enfants mangent très tôt le matin, avant de rejoindre la garderie, ce qui rend l'attente du repas de midi très longue, avec les répercussions négatives que l'on imagine sur leurs performances intellectuelles et physiques. Enfin, ils insistent sur le fait que le fractionnement des repas au cours de la journée présente un impact positif sur le risque d'obésité. Ils préconisent donc des collations que l'on pourrait qualifier de « saines »... Toutefois, on le verra plus tard, ce terme reste flou pour de nombreux intervenants...

Les détracteurs, pour leur part, affirment que les collations sont très souvent grasses, sucrées, en tout cas déséquilibrées; ils poursuivent en fustigeant l'apport énergétique non pas complémentaire à celui des autres repas, mais supplémentaire, conduisant à des quantités énergétiques journalières trop importantes. Et, élément essentiel, ils insistent sur le fait qu'une grande majorité des enfants prenant un petit-déjeuner, cette collation ne serait alors bénéfique que pour la minorité qui saute ce repas pourtant indispensable.

Au sein de l'APES-ULg¹, Service communautaire de Promotion de la santé intégré dans l'École de Santé publique de l'Université de Liège, ce débat a été documenté bien avant l'engouement récent pour les « collations saines ». « Depuis un certain temps, des programmes développés à l'école abordent la question de la santé et du bien-être sous l'angle de l'alimentation et, entre autres, des collations, car cela permet d'aborder la santé de façon plus concrète, et peut éventuellement se prolonger dans d'autres domaines,

comme l'activité physique, par exemple », explique **Emmanuelle Caspers**, membre de l'équipe pluridisciplinaire de l'APES-ULg.

Le thème des collations saines a ainsi une portée éducative : il est facile à circonscrire et permet l'apprentissage d'une certaine autonomie de l'enfant dès la maternelle. **Chantal Vandoorne**, directrice de l'APES-ULg, revient alors sur la polémique : « collations ou pas collations ? », abordée du point de vue de la santé publique.

« La première question à se poser est de savoir si l'enfant, pris individuellement, a besoin de cette collation. Faut-il nécessairement intégrer tous les enfants dans les programmes nutritionnels ? L'élément essentiel est le temps qui s'écoule entre le moment du petit-déjeuner pris par l'enfant et celui du repas de midi : l'enfant qui mange à 8 heures et déjeune à 11h45 n'a pas besoin de collation ; par contre, pour celui qui se lève tôt, mange à 7h et doit attendre le service de 12h30, une collation peut être nécessaire. Il faudrait idéalement que chaque école mène une petite enquête auprès de chaque enfant pour déterminer ses besoins nutritionnels réels (prend-il un petit-déjeuner, à quelle heure et que mange-t-il à cette occasion ?). En France, des circulaires administratives récentes proposent l'interdiction des collations : la collation étant un phénomène nettement plus récent en France qu'en Belgique où le « dix heures » est un classique depuis plusieurs dizaines d'années, interdire les collations est plus facilement et largement accepté chez nos voisins. »

Vous avez dit « saine » ?

Pour en revenir aux collations auxquelles on accole facilement le qualificatif de « saines », force est de constater que cette notion ne fait pas l'unanimité...

« Quelle définition donneriez-vous d'une collation saine ? En réalité, il n'y en a pas dans la pratique. Tout le monde a évidemment en tête le phénomène à éviter : l'accumulation de barres chocolatées et autres paquets de chips au fil des récréations et de la semaine. En théorie, on pourrait parler de fruits, de légumes, de certains laitages, de certaines céréales et exceptionnellement d'une « douceur chocolatée ou salée ». Mais, dans les faits, une collation n'est vraiment saine que si elle s'intègre harmonieusement dans l'alimentation habituelle de chaque enfant, contribuant à l'équilibre journalier ou hebdomadaire entre les différents apports recommandés. Par exemple, il n'est pas utile de donner des fruits en collation à des enfants qui en mangent beaucoup durant le reste de la journée ; par contre, un fruit en collation sera utile pour des enfants qui n'en consom-

ment pas suffisamment... », poursuit **Chantal Vandoorne**.

Ceci dit, la question qui se pose est donc de savoir s'il faut des collations à la carte, à l'heure où les écoles contrôlent de plus en plus ce moment ou l'exploitent comme une occasion idéale d'aborder l'alimentation équilibrée et de donner des clés pour manger sain, en favorisant les bonnes habitudes chez les enfants.

« Certains programmes en milieu scolaire essaient d'amener les enfants à réfléchir sur leur propre consommation. Ainsi, les enfants disposent de collations différentes, leur laissant la liberté de choix, mais en faisant toujours référence à leurs connaissances sur l'alimentation. En primaire, des programmes plus élaborés complètent cette réflexion individuelle : l'enfant classe ce qu'il a consommé au petit-déjeuner dans les trois grands groupes alimentaires et est ensuite incité à choisir une collation en fonction du groupe lésé », évoque **Chantal Vandoorne**. « Il est indispensable de donner à l'enfant les clés pour être acteur de sa santé, de son alimentation, et donc de sa collation. Il pourra ainsi prendre conscience que la collation possède une double signification : le plaisir du goût associé à celui d'un moment d'arrêt dans le rythme scolaire mais aussi l'utilité ou le danger de certains aliments pour le bien-être de son corps... ».

« Ce soutien à la réflexion et de nombreux supports peuvent être utilisés dès que les enfants sont en maternelle, mais il est important de poursuivre la démarche en l'adaptant à l'âge, à l'intérêt de l'enfant, puis du jeune », prolonge **Emmanuelle Caspers**, évoquant la notion de « curriculum en spirale ». Par ailleurs, ce travail d'éducation et les projets de promotion de la santé doivent, pour viser l'efficacité, intégrer la gestion personnelle de ses besoins par l'enfant, et considérer l'environnement proche de l'école, comme les épiceries, les snacks et autres fast-food... « Si l'enfant a appris dès son plus jeune âge à gérer l'offre alimentaire, on peut espérer que cette réflexion laissera des traces lors de ses premiers achats autonomes, puisque, classiquement, c'est vers les friandises que se tournent les

¹ APES, pour Appui en Promotion et Education pour la Santé : l'APES-ULg a pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente à tout organisme ou personne qui développe des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé ainsi qu'aux acteurs associatifs, administratifs et politiques qui oeuvrent dans le cadre du décret du 14 juillet 1997 (adapté le 14 juillet 2003) organisant la promotion de la santé et la médecine préventive en Communauté française de Belgique. Dernièrement, l'APES-ULg a été plus particulièrement chargé, comme Service Communautaire, d'une mission d'appui aux services PSE (ex-IMS), dans le cadre de la réforme et de la réorganisation de leurs missions et activités auprès des publics scolaires.



Photo © Inpik

enfants pour leurs premières utilisations de l'argent de poche », poursuit Chantal Vandoorne.

Enseignants : piliers du savoir, des apprentissages et du développement des enfants

Le rôle des enseignants est donc essentiel : en plus d'enseigner des connaissances en français, en calcul et mathématiques, géographie et autres sciences de l'environnement, ils peuvent faire un lien avec d'autres objectifs, notamment de santé, et y sensibiliser les enfants... « Dans les programmes d'alimentation saine, les enseignants doivent pouvoir préalablement s'informer et réfléchir en profondeur à ce qu'ils vont faire. Sinon, ils risquent de se baser exclusivement sur leurs propres stéréotypes et préjugés à propos de l'alimentation. Car l'alimentation est un sujet courant qui intègre des apports profanes et culturels d'un côté, des apports scientifiques, de l'autre. Il faut permettre aux enfants, aux enseignants et aux parents d'analyser comment ces différents aspects influencent leurs choix », précise Chantal Vandoorne. Une étape considérée comme importante par nos deux interlocutrices. Reste alors à déterminer comment préparer ces programmes de sensibilisation.

Le support le plus fréquent des différents projets éducatifs est la fameuse pyramide alimentaire. Mais il ne suffit pas de l'étudier durant deux ou trois leçons, de l'afficher sur un mur de la classe pour l'oublier le restant de l'année... « Si les outils ne sont pas inscrits dans la durée, ils seront inutiles. Par ailleurs, ils doivent intégrer non seulement l'aspect santé, mais aussi le

plaisir de manger et d'apprendre. La convivialité, l'interactivité et le caractère ludique doivent être au rendez-vous de l'éducation alimentaire, même s'il faut les situer dans un cadre et des informations plus objectives. Le plaisir est un moteur d'apprentissage : il est essentiel de dispenser un savoir de manière positive, sans commencer par des interdits », renchérit Emmanuelle Caspers.

La participation active des parents, un « plus »

A propos de la question des collations, on peut aussi s'interroger sur le rôle de la famille, notamment des parents. Les collations imposées peuvent-elles être refusées par les parents qui n'adhèreraient pas ? Les collations distribuées par les enseignants, et payées par les parents peuvent-elles induire une discrimination financière ?

« Les programmes instaurés ne doivent pas renforcer ces discriminations qui peuvent toujours survenir, et impliquer de manière plus large la participation des parents, en tenant compte des habitudes alimentaires de la famille ou la fonction de la nourriture dans cette famille, sans porter de jugement. Si les parents ne sont pas impliqués dans ces programmes, on va droit dans le mur, et les programmes peuvent même être contre-productifs.

Par exemple, lorsque des enfants demandent des aliments qualifiés de sains à l'école mais que ceux-ci n'ont pas leur place dans les habitudes de la famille, l'enfant peut être rabroué, avec l'impression que, pour exagérer un peu, ses parents ne lui donnent pas d'aliments favorables à sa santé.

Cette difficulté d'impliquer les parents est une réalité, mais cela peut se faire par des rencontres à l'occasion de fêtes, de l'organisation de petits-déjeuners sains le matin, etc. », poursuivent Chantal Vandoorne et Emmanuelle Caspers.

Les initiatives des écoles pour proposer des collations saines peuvent être très variées : les enseignants se chargent des achats et distribuent aux élèves des classes d'aliments différents selon les jours, avec participation financière des parents ; l'école propose ou impose chaque jour des collations déterminées aux parents ; des parents se chargent des courses à tour de rôle pour donner les collations contre rétribution des autres parents ; des écoliers vendent des collations saines de différentes sortes.

« Très souvent, les écoles sont dans le « formatage » des collations : la même pour tous. Si les systèmes où il existe une gestion collective des collations sont souvent intéressants, ils n'intègrent pas suffisamment la notion de choix, donc de réflexion par l'enfant sur ce qu'il va manger et sur la nécessité même de manger telle ou telle collation. Si la collation est payée à l'avance, l'enfant est quasiment obligé de la consommer, même s'il n'a pas faim et que manifestement, elle ne se justifie pas... Ecueil évité si le paiement se fait a posteriori comme dans les initiatives de petits magasins gérés par les élèves », explique Chantal Vandoorne.

D'autres difficultés peuvent se poser en matière de collations, notamment le problème du cadre : les enfants disposent-ils des infrastructures pour prendre leur collation ? « Généralement, en maternelle, les enfants se mettent à table pour manger. Par contre, en primaire, ils sont bien souvent dans la cour de récréation et la pomme distribuée finit régulièrement par terre ou à peine entamée dans la poubelle, histoire de jouer plus rapidement... C'est pourquoi, les programmes les plus efficaces intègrent un temps où la collation est prise à table, assis, afin que manger soit aussi chez les enfants, un acte réfléchi, contrairement au grignotage... Par ailleurs, ce moment, pris sur la récréation ou sur les cours, est aussi un temps d'échange, d'information sur l'alimentation. Dans les classes qui ont instauré ce moment, il y a bien eu ici et là quelque tollé, mais après avoir donné une explication sur le sens de la collation, de la convivialité qu'elle nécessite et la possibilité d'en parler, les critiques se sont tuées », poursuit Chantal Vandoorne.

Pas trop de normes !

Une autre question qu'on est en droit de se poser porte sur l'efficacité de ces programmes d'alimentation saine, notamment à travers les collations, si l'entourage familial ne respecte pas les « consignes » apprises à l'école.

« Je vais être peut-être un peu brutale, mais cette question est moins importante qu'on ne le laisse

Un programme complet sur l'alimentation

A Berchem-Ste-Agathe, commune bruxelloise, l'école communale mise sur l'alimentation saine. Toute l'année, l'alimentation est déclinée dans son projet éducatif, dans différentes matières, dès la maternelle.

Voilà déjà 15 ans qu'un programme pour une alimentation saine est organisé par cette école, la positionnant parmi les pionniers en la matière.

Au départ, c'est avec l'apport d'une diététicienne de ce que l'on appelait encore l'IMS. « Elle est venue me voir, nous avons réfléchi à la question et durant une année, elle est passée dans les classes pour réaliser des animations sur le thème d'une alimentation saine avec les enfants. Ensuite, ce sont les instituteurs qui ont pris la relève », se souvient **Danielle Lelubre**, directrice.

Aujourd'hui, en ce qui concerne les collations, l'école a choisi d'être plus directive : « Dès l'inscription, les parents doivent s'engager à apporter une collation selon le programme établi par l'école et obligatoire, à savoir une collation qui entre dans une famille d'aliments selon les jours : laitages, céréales, fruits, produits de la boulangerie, et, le vendredi, ils ont le choix entre ces 4 familles. » Pour s'assurer de la bonne collaboration des parents, une collation diététique a été organisée le matin, au moment où les parents viennent conduire leurs enfants, afin qu'ils voient ce que les enfants vont recevoir. L'accueil a été plus que positif, puisque tous les parents ont pris le temps de cette collation, même s'ils étaient pressés, assure Mme Lelubre...

Mais pour que les enfants comprennent bien les raisons d'être de ces collations, cette contrainte s'inscrit dans un programme plus vaste qui part du principe que les bonnes habitudes s'acquièrent dès le plus jeune âge.

« Notre école se divise en 3 sites qui abordent, chacun à sa manière, la découverte des aliments. Dans les trois cas, la pyramide alimentaire est un point de départ vers d'autres découvertes. Ainsi, celle des cinq sens, notamment le goût évidemment, mais aussi des ateliers pour découvrir d'où viennent les aliments et comment les préparer, l'hygiène, etc. Et, depuis cette année, nous avons également mis en place un goûter diététique, en collaboration avec l'équipe éducative de la garderie. Pour couronner le tout, la fête scolaire de fin d'année intègre ce projet, avec les autres menés durant l'année. »

Pour établir ce programme, la directrice puise son inspiration dans différentes sources, depuis les programmes « clé sur porte » de sociétés privées qui viennent proposer leurs jeux et autres activités pour promouvoir leurs produits en prenant le prétexte de l'alimentation saine, aux ouvrages plus sérieux sur la qualité de l'alimentation en milieu scolaire, édités par la Communauté française. Car un bon programme n'est certainement pas un programme tout prêt à l'utilisation, mais bien celui qui a été pensé en fonction des élèves qui fréquentent l'école et les ressources de celle-ci...

CM

entendre. On cherche toujours la cohérence entre la maison et l'école. Ce pourrait être un idéal en termes de santé publique. Toutefois, il faut apprendre aussi aux enfants à gérer les incohérences. Cela fait partie du rôle démocratique de l'école : elle peut apprendre aux enfants à découvrir ce qui ne se pratique pas à la maison, notamment à travers l'offre alimentaire. Le rôle de l'école n'est pas d'éduquer les parents, elle ne doit pas tout contrôler. Même si le projet n'est pas relayé à la maison, mais bien réalisé à l'école, celle-ci a rempli sa mission ; et si les parents participent, c'est un plus !

Evidemment, il faut garder une juste mesure et l'école doit éviter de faire miroiter des idéaux impossibles à atteindre, notamment par les populations les plus défavorisées. L'école ne doit pas être normative au point que l'enfant se dise que ce qui est pratiqué chez lui n'est pas bien. Si l'école applique une approche non normative et respectueuse, l'enfant peut apprendre que l'on vit d'une telle manière à tel endroit, et autrement ailleurs. Un peu comme quand il sait que chez ses grands-parents, il peut regarder telle série télévisée qu'il ne le peut pas regarder à la maison. Plus tard, en fonction de la multitude et de la force des expériences rencontrées sur son parcours, il adoptera un mode de vie qui lui sera propre. Restons toutefois vigilants quant à cette tendance excessive à la normativité, qui imprègne de plus en plus fréquemment les programmes d'éducation à la santé relatifs aux modes de vie (tabac, alimentation, activité physique)», conclut Chantal Vandoorne.

Carine Maillard

Le tabac totalement banni de l'école



Depuis le 1^{er} septembre 2006, le tabac est interdit à l'école. Pas nouveau ou pas tout à fait nouveau, direz-vous... Il est vrai que l'école était déjà concernée par différentes dispositions légales concernant le tabac :

- il y avait l'interdiction de fumer dans les lieux publics (AR du 15 mai 1990). Dans le cadre de cet arrêté royal, les élèves sont en effet considérés comme fréquentant un lieu public, si bien que tous les espaces clos auxquels les élèves ont accès dans l'école devenaient des espaces non-fumeurs ;
- il y avait la loi sur l'interdiction de fumer sur les lieux de travail, d'application depuis janvier 2006 (AR du 19 janvier 2005). Cette loi concerne les espaces auxquels les élèves n'ont pas accès et qui font partie des espaces de travail des membres du personnel (par exemple une salle des professeurs ou le local de la direction).

Que restait-il comme espace 'fumeurs' dans l'école ? Un éventuel fumoir mis à disposition des membres du personnel ainsi que les espaces non clos (cour de récréation, jardin, parc ou autre espace ouvert se trouvant dans l'enceinte de l'école).

Les institutions scolaires avaient évidemment la possibilité d'élargir l'interdiction de fumer à l'ensemble de l'espace scolaire via le règlement d'ordre intérieur. Ce qu'une partie d'entre elles avaient déjà fait.

Que change le nouveau décret¹ ?

« Art. 2. Dans les établissements scolaires visés à l'article 1^{er}², il est interdit de fumer dans les locaux

1 Voir le texte complet dans la rubrique 'Officiel' de ce numéro.

2 Tous les établissements d'enseignement maternel, primaire, fondamental, spécialisé, artistique et secondaire de plein exercice et de promotion sociale organisés ou subventionnés par la Communauté française.

fréquentés par les élèves, que ceux-ci y soient présents ou non.

Cette interdiction s'étend à tous les lieux ouverts situés dans l'enceinte de l'établissement ou en dehors de celle-ci et qui en dépendent. Elle pourrait encore s'étendre selon les modalités fixées par le règlement d'ordre intérieur. »

Le nouveau décret définit une norme claire : en interdisant de fumer dans les espaces fréquentés par les élèves (espaces clos ou non), en date du 1^{er} septembre 2006, plus aucun élève ne pourra fumer à l'école. Quant aux membres du personnel, ils ne peuvent plus fumer sauf, éventuellement, dans un local qui est réservé à cet effet (fumeur) et qui n'est pas accessible aux élèves.

Un décret à appliquer...

Pour les écoles ayant déjà intégré auparavant cette interdiction dans leur règlement d'ordre intérieur, rien de neuf. Mais ce n'est pas le cas pour les autres ; les directions sont confrontées à la mise en application et aux questions soulevées au quotidien : comment communiquer cette interdiction, qui impliquer, que faire en cas de non-respect de la règle, où trouver de l'aide, quelle attitude adopter vis-à-vis des élèves fumeurs, faut-il leur proposer une aide...

Pratiquement, les réactions vont dans des sens divers et témoignent de l'importance d'un accompagnement de tous les acteurs concernés : « Les responsables de l'enseignement dans notre commune disent qu'il n'y a pas de problème, que le tabac n'existe plus dans nos écoles mais, sur le terrain, dans certaines écoles, la règle n'est pas respectée », « Comment voulez-vous interdire le tabac dans notre école, la majorité des élèves et des enseignants fument ! », « Chez nous, cela ne change rien car l'interdiction du tabac était déjà complète dans notre école ».

Un volet préventif

Au-delà de l'interdiction, le nouveau décret définit également un volet 'information' et 'prévention' : par exemple, l'organisation annuelle pour tous les élèves et membres du personnel d'une information sur les dangers de l'usage du tabac avec l'aide des centres PMS et services PSE. Ce volet préventif est plus concrètement développé dans une circulaire envoyée par la Ministre chargée de l'enseignement, Marie Arena, co-signée par la Ministre chargée de la santé, Catherine Fonck, en date du 27/06/06. Cette circulaire explicite la stratégie voulue dans le décret et présente quelques outils de prévention et d'information (charte 'Ecole sans fumée' – « slide kit » de la Société belge de pneumologie – film 'Arme de destruction massive' réalisé par le GSARA, rubrique sur www.enseignement.be). Elle aborde également la question

des organismes et associations ressources en annonçant un répertoire des ressources locales ainsi que la création de points d'appui aux écoles en matière d'assuétudes.

Quelques ressources déjà

Sans vouloir être exhaustif, voici en plus quelques pistes pour ceux qui veulent réfléchir et agir sur le terrain.

Des outils pédagogiques existent. Citons-en trois parmi d'autres :

« Paroles d'ados, paroles d'acteurs de terrain au sujet du tabac ». Ce document gratuit est destiné à servir de base de réflexion et de débat autour des usages, de la consommation et de la dépendance. Il est à commander auprès du FARES (www.fares.be ou 02 512 29 36).

« Le tabac à l'école secondaire - pistes pour l'action au premier cycle » guide ressource pour agir, pour comprendre, pour approfondir, mai 2006 par G.Houlioux, E.Caspers et D.Piette, unité PROMES, Ecole de santé publique ULB. Ce document est téléchargeable sur le site www.ulb.ac.be/esp/promes (cliquer sur Bienvenue).

« Arme de destruction massive » un film de Philippe Cornet accompagné d'un dossier écrit à partir de réflexions des jeunes sur leur relation au tabac. Cet outil réalisé par le GSARA est diffusé auprès des PSE, PMS, CLPS et de lieux culturels divers. Il est aussi disponible gratuitement sur demande au GSARA (Sandra Demal : 02 250 13 10).

Des accompagnements méthodologiques peuvent être demandés :

- auprès du service PSE ou centre PMS dont dépend l'école ;

- auprès du Centre local de Promotion de la santé du territoire sur lequel se situe l'école concernée (pour connaître ses coordonnées, www.sante.cfwb.be) ;

- auprès du Fonds des affections respiratoires (FARES) : le Service Prévention Tabac du FARES se situe à la fois dans le cadre de la promotion de la santé et de la coordination du sevrage tabagique. Il est soutenu par la Communauté française de Belgique, la Région wallonne, le Fédéral et la Communauté européenne. Il accompagne sous diverses formes les professionnels de la santé, la communauté éducative, les étudiants, le grand public.

Un décret voté mais pas un problème résolu

A travers les dispositions légales successives réduisant le terrain du tabagisme, la volonté d'éradiquer un facteur de risque majeur pour la santé de la population s'affirme. Peut-être faudrait-il s'interroger sur les questions et difficultés rencontrées dans la mise en application de ces interdictions dans les différents lieux

de vie (réseau 'hôpital sans tabac', milieu du travail, écoles...), et croiser les expériences des uns et des autres ? Parce que le tabac est de plus en plus exclu des lieux collectifs, il ne faudrait pas ignorer l'existence des fumeurs. Peut-être faudrait-il les écouter, écouter ce qu'ils ont à nous dire sur ces exclusions successives ?

Et si en repoussant les fumeurs, on accentuait les inégalités sociales ?

Toutes les études épidémiologiques le confirment : le tabagisme est significativement plus important dans les catégories sociales les plus fragilisées. Citons-en deux : l'étude sur les comportements de santé des jeunes « *La différence entre types d'enseignement est assez marquée pour les comportements liés au tabac. C'est dans l'enseignement général que le fait d'avoir déjà fumé du tabac, d'être un fumeur régulier ou un grand fumeur est le plus faible par rapport aux élèves de l'enseignement technique et à ceux de l'enseignement professionnel.* »³ et l'enquête de santé par interview de 2004 « *La dépendance est plus forte dans les couches de population les moins scolarisées. Ainsi, 20% des fumeurs du groupe ayant un diplôme de l'enseignement primaire ont une dépendance tabagique qualifiée de forte à très forte, contre 9% seulement chez les diplômés du supérieur.* »⁴

Peut-être faudrait-il veiller à ne pas creuser le fossé fumeur/non-fumeur car ce fossé risque de se superposer à d'autres clivages et renforcer d'autres inégalités.

L'application du décret, en effet, pourrait avoir des implications sur le parcours scolaire d'un jeune : si fumer à l'école est sanctionné d'un jour de renvoi, voire de plusieurs jours s'il y a récurrence, le tabagisme pourrait altérer la scolarisation déjà précaire de certains. Tout en ne remettant aucunement les effets nocifs du tabac en doute, n'oublions pas que nous ne sommes pas égaux devant les risques et que l'interdiction doit être accompagnée d'une démarche éducative positive pour ne pas se transformer en répression et exclusion. Dans ce sens, la charte 'Ecole sans fumée' propose d'inscrire la question du tabac dans une démarche globale et positive de promotion de la santé à l'école.

Bernadette Taeymans,

pour le SCPS – Question Santé asbl

Si vous voulez réagir à cet article, vous pouvez nous faire part de vos commentaires en nous adressant un courriel à l'adresse suivante : info@questionsante.org

3 In « La santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire; quoi de neuf depuis 1994 ? », p.51. ULB – Promes, ESP, 2003.

4 Enquête de santé par interview, Belgique, 2004, Institut Scientifique de la Santé publique

« Vieillir est un verbe actif »



Photo © Isopix

À l'occasion de la célébration de son 50^e anniversaire, l'Union chrétienne des pensionnés (mouvement social des aînés) a souhaité donner la parole aux aînés lors de rencontres animées par deux chercheuses, au cours desquelles ses membres ont été interrogés sur leurs «représentations sociales» et la signification de leur affiliation à un mouvement d'éducation permanente.

Quatre groupes d'une dizaine de membres de l'UCP ont ainsi accepté de se rassembler autour d'une table, pour offrir leurs témoignages au cours d'un entretien collectif. Une fois ces premières rencontres analysées, les chercheuses ont offert à ces mêmes personnes la possibilité de réentendre, de rectifier ou de compléter leurs propos.

Il en résulte aujourd'hui une étude « Vieillir est un verbe actif » qui nous propose une analyse des témoignages des personnes rencontrées sur un ensemble de thématiques, et notamment, sur ce que signifie «être aîné ». En voici les grandes lignes.

Contrairement à la méthodologie d'une enquête par questionnaire (de type quantitatif), la rencontre sociologique (sous forme de groupes focalisés) ne permet pas d'obtenir des résultats pouvant prétendre à l'exhaustivité, ainsi qu'à l'unanimité. Mais elle offre la possi-

bilité d'aborder en détails un ensemble de thématiques et d'accéder à une richesse d'informations parfois très personnelles, qui contribue à donner à cette méthode toute sa profondeur. La trentaine d'aînés rencontrés dans le cadre de cette enquête ne représente ainsi qu'un échantillon minime du groupe d'âge concerné. Mais la richesse de leurs témoignages est immense. Constituées par presque autant d'hommes que de femmes, les rencontres ont permis de dégager un ensemble d'éclairages pertinents et interpellants, sur la manière dont les aînés se définissent, se ressentent, se qualifient, ainsi que sur leur vision de la société actuelle, du rôle qu'ils pensent y jouer ou qu'ils imagineraient devoir jouer. Les interviewés ont également témoigné de l'apport positif d'un mouvement d'aînés comme l'UCP, ainsi que du bienfait résultant de leur participation aux activités proposées par le mouvement.

Participants volontaires et (très) patients, les interviewés ont su jongler avec brio entre le témoignage de leur ressenti personnel et la prise de parole au nom des aînés en général.

Définition de soi : ressenti individuel et définition collective

Se définir

La définition de soi est généralement plurielle

et se négocie entre plusieurs types de statuts et d'activités. Si certains interviewés s'identifient directement à un statut ou à une identité plus concrète comme celle d'être grand-mère/grand-père, d'autres revendiquent par contre l'absence d'étiquette, par refus de « s'enfermer dans une formule ». Ces derniers peuvent donc se définir comme des individus ou des personnes « à part entière », et donc dans un premier temps refuser leur catégorisation, quelle qu'elle soit, mais par la suite parler d'eux comme pensionnés, retraités actifs, grands-parents, etc.

On ne parle en tout cas pas de soi en tant que « personne âgée », même si on n'hésite pas à dire son âge. L'âge n'est pour beaucoup « qu'une caractéristique parmi d'autres » qui constitue la personne, mais qui ne la définit pas, en tout cas pas dans son ressenti.

C'est le fait « d'être actif », par contre, qui unifie toutes les définitions de soi exprimées par les interviewés. « C'est vrai que professionnellement, on est hors-circuit, mais je trouve qu'on est encore fort actif ! » Outre le but de l'activité en elle-même, celle-ci permet de « rester actif » et par là, de « garder la santé » ainsi que de « rester dans le coup ». Mais être actif c'est aussi «être utile ». Et « se sentir utile » devient primordial pour beaucoup de participants rencontrés dont certains retrouveront ainsi un sens à leur vie.

Etre aîné

A entendre les témoignages d'une majorité de participants, le terme d'aîné serait moins une définition individuelle de soi (contrairement au fait d'être grand-mère/grand-père, individu, pensionné, etc.) qu'une définition collective de soi-même, en tant que membre d'un groupe. Loin de lui ôter de sa valeur, cette dimension collective conférerait à la notion d'aîné une force valorisante et bénéfique, chargée de représenter au mieux le groupe qu'elle constitue.

Etre aîné n'est pas une question d'âge, puisqu'« on est toujours l'aîné de quelqu'un », insistent les interviewés. Est mis en exergue ici le caractère relatif de l'âge et du fait d'être aîné. L'âge ne paraît donc pas être le critère essentiel pour définir l'aîné.

Etre aîné, pour la majorité des participants, c'est **incarner une expérience de vie**, un savoir acquis et un devoir de transmission, même si cette transmission ne va pas toujours de soi. En effet, l'aîné n'ose pas toujours donner son avis car il est conscient qu'il diffère du courant actuel, ou bien parce qu'il a l'impression de ne pas être entendu ou reconnu.

Être aîné, c'est aussi la fin d'une étape de vie et le début d'une autre, marquée pour beaucoup par le passage symbolique de la pension. C'est la perte d'un état financier, professionnel, etc., mais c'est aussi l'entrée dans une période de découverte, de temps libre pour soi-même et pour les autres. Si la pension coïncide avec le début des difficultés financières pour certains, elle permet à tous de dégager du temps libre et d'envisager de nouvelles occupations.

Être aîné, ça n'est pas « être vieux ». En opposition au fait que l'aîné reste actif, car « l'occupation ne fait pas vieillir... au contraire, elle préserve », le « vieux » est symbole d'inertie, d'immobilisme, de passivité et d'un manque d'envie ou de curiosité.

Mais tout est une question d'esprit, et de mentalité, car immobilisme n'est pas immobilité. C'est ainsi avant tout l'esprit, « l'état d'esprit », et non le physique, qui peut rendre compte du fait qu'une personne est aînée ou vieille, « parce qu'on peut vieillir en âge, mais pas en esprit. » Car il y a bien des « jeunes vieux », « des jeunes de 20 ans qui sont plus vieux que des gens de 80 ».

L'aîné actif semble se reconnaître par son désir de conserver la place qu'il mérite, de rester intégré à la société en rebondissant sur les opportunités que lui offre cette nouvelle étape de vie, et ce, quelle que soit la manière dont il décide de le faire. Car toutes les possibilités ne sont pas non plus offertes à chacun. Les difficultés de santé, de mobilité ou la précarité financière qui accompagnent le passage à la pension ne permettent pas de vivre pleinement le temps libre, comme on aurait pu le souhaiter. Les participants ont ainsi insisté pour témoigner aussi des difficultés que des « aînés plus malchanceux » qu'eux rencontrent au quotidien.

Certains aînés suscitent l'admiration, particulièrement ceux qui savent créer la surprise dans le regard de l'autre parce qu'ils ne semblent rien prendre pour acquis ou définitif, et surtout pas les limites ou les restrictions stéréotypées associées généralement au grand âge. Il peut s'agir de ces aînés de 90 ans, qui conservent leur autonomie et créent la surprise : en apprenant l'informatique, en prenant des cours de langue, en étant assidus à une émission télévisée très intellectuelle...

Car le regard de l'autre n'est pas sans conséquence. La société, les médias peuvent renvoyer à l'aîné une identité, une image de lui-même, qui ne lui correspond pas, et qui ne fait pas écho à son sentiment intérieur. « C'est là qu'on se sent vieux », alors même qu'on ne ressent pas la différence en soi-même. Le regard de l'autre, c'est également la crainte que l'image communément dépeinte des aînés en tant que « profiteurs », riches et « public cible de la société de loisirs » vienne alimenter un conflit intergé-

nérationnel. Et ce, à l'heure où il n'existe plus pour les jeunes, ni sécurité professionnelle, ni sécurité financière sur le long terme.

Action individuelle et collective : dynamique d'intégration des aînés

Comment « rester bien ancré dans la société », prendre sa place en tant qu'aîné dans une société où les rôles ont changé, où les droits et devoirs liés à l'âge sont moins fixes et où les possibilités d'être et d'agir se sont multipliées ?

Rôle et place de l'aîné

En ce qui concerne leur rôle en tant qu'aînés, les interviewés partagent l'idée traditionnelle d'être porteurs d'expériences et d'avoir un devoir de mémoire, aux niveaux familial et historique, même s'ils appellent au discernement, car tous les aînés ne sont pas forcément des exemples à suivre.

Mais en règle générale, les interviewés constatent que le rôle et la place de l'aîné dans la société et dans la famille ont changé. Ils pensent ainsi que l'aîné était souvent plus pris en charge par sa famille dans le passé que maintenant. De plus, les modes d'apprentissage se seraient parfois inversés et les petits-enfants ont aujourd'hui aussi un rôle de transmission de savoir envers leurs grands-parents (par exemple par rapport aux nouvelles technologies). Par ailleurs, les membres rencontrés évoquent la chance de vivre une période « charnière » où plusieurs générations d'ascendants et de descendants, parfois 5, se rencontrent pour faire un bout de chemin ensemble.

Mais l'aîné évoque aussi parfois la crainte d'entrer en conflit avec ses enfants ou ses petits-enfants et la peur de devenir un poids pour son entourage.

Quant à la place des aînés dans la société, elle ne serait, selon leurs propos, pas facile à prendre. Certains facteurs, que ce soit le handicap physique ou mental, la restriction de la mobilité ou des difficultés financières, contribuent à l'exclusion des aînés de la société. Il en va de même pour la solitude et la dépression, qu'on dit aussi très fortes chez les aînés. Et puis le fait qu'on « n'ose pas pleinement s'exprimer » par peur de se voir « taxés de vieux machin », d'être pris pour des ringards, car les propos exprimés sont parfois à contre-courant des mœurs actuelles. Les aînés regrettent ainsi d'avoir parfois le sentiment « qu'on n'a pas forcément besoin de l'expérience des aînés aujourd'hui » et qu'elle n'est pas valorisée.

L'adaptation : nouveau rôle, nouvelles possibilités d'être

« S'adapter » semble être la clé de voûte de l'intégration de l'aîné dans la société actuelle.

S'adapter, c'est savoir prendre en compte « le fait que la société évolue » et que ces changements sont rapides. Pour les aînés rencontrés, devoir s'adapter est une chance, la possibilité d'aller à l'encontre du déterminisme des frontières de l'âge, des catégories strictes fixées par l'extérieur et le regard de l'autre. Cette chance, c'est également la possibilité d'apprendre et de continuer à « être dans le coup ». Mais pour d'autres aînés, cette nécessité de s'adapter est vécue comme une contrainte, une obligation, « qui ne passionne pas tout le monde ». Par ailleurs, les inégalités entre les aînés liées à la santé, à l'âge, à la motivation, à l'argent, etc. constituent autant de facteurs d'exclusion dans la dynamique d'intégration des aînés.

Être membre d'un mouvement d'aînés

Rester actif, s'intégrer, s'adapter, rechercher le contact et ne pas s'isoler... Toutes ces caractéristiques mises en valeur par les interviewés pour parler des aînés d'aujourd'hui semblent trouver un écho dans leur affiliation à un mouvement d'aînés, dans leur participation aux activités de loisirs ou au sein de leur engagement dans des actions plus militantes.

Si les dénominations reprises par l'UCP (aînés, chrétiens, mouvement social) ne représentent pas un critère d'adhésion prioritaire pour une grande partie des membres, ces derniers n'en sont pas moins sensibles au fait qu'elles correspondent aux valeurs qu'ils portent. Seuls certains membres rencontrés, souvent les plus engagés, disent avoir attaché une importance particulière au fait que ce soit un mouvement social.

L'apport positif de ce mouvement d'aînés dans leur vie est unanime car la participation aux activités permet de développer un réseau de sociabilité, de se créer des amitiés. Beaucoup parlent également du plaisir de se retrouver entre personnes du même âge ou de la même génération.

Cette association donne ou redonne également la possibilité aux aînés de prendre une place dans la société, de s'intégrer et de contrer différents facteurs d'exclusion (comme par exemple, l'accès aux nouvelles technologies). En permettant aux aînés d'être utiles et solidaires, elle les aide à reprendre confiance en eux. Pour certains même, le mouvement aide à ne pas devenir vieux (puisque l'activité préserverait) et pour certains qui le devenaient, « le contact à l'UCP a fait qu'ils ont retrouvé la vie ». Il semblerait qu'elle en aide même certains à retrouver un nouveau sens à leur vie, sens parfois perdu lors de la mise à la retraite. Plusieurs participants ont évoqué le fait que ce mouvement, en les confrontant à d'autres aînés, vivant parfois dans une grande insécurité finan-

cière, leur a permis de porter un regard rétrospectif sur leur vie et de se sentir chanceux et « bien lotis ». Le mouvement aurait ainsi développé la gratitude chez eux, ainsi que le sentiment de devoir être solidaire pour aider les aînés en difficultés.

Enfin, certains des interviewés évoquent aussi le fait que l'UCP, devenu « Mouvement social des aînés » depuis 2001, permet de sensibiliser les aînés qui le souhaitent à un changement de société par le biais de l'éducation permanente. Et même si « tous ne mordent pas là-dedans », selon une expression de l'un d'eux, les jeunes générations d'aînés risquent de se sentir plus concernées. Pour les membres en tout cas, l'UCP permet d'offrir une écoute aux aînés qu'on ne retrouve pas toujours ailleurs.

Regards et constats

Au cours des rencontres, certaines thématiques ont été développées de manière transversale par les aînés qui offrent ainsi leurs regards sur la société actuelle et expriment leurs craintes et leurs espoirs en termes de condition des aînés, de mobilité, de dynamique intergénérationnelle, de regard sur le groupe des jeunes, etc. Les aînés ont en tout cas insisté sur le fait qu'ils apportaient des constats, plus que des comparaisons, parce qu'ils se refusent à dire que « c'était mieux du temps de ma grand-mère ». Cependant face à ces constats, certains aînés parlent tout de même d'une difficulté à comprendre ou à ne pas réagir, lorsqu'ils se retrouvent dans une situation en trop grand décalage par rapport à leurs propres valeurs ou conceptions. En réponse à des questions qui leur ont été posées par écrit, lors de la seconde rencontre,

les aînés rendent également compte de leurs difficultés personnelles, de leurs peurs plus intimes, ainsi que de « leurs plus grandes joies ». Pour conclure, citons les caractéristiques de ces « plus grandes joies ». Elles sont diversifiées : quelques-unes concernent l'UCP, et d'autres le fait « d'être en bonne santé ». Cependant, la grande majorité des réponses données par les aînés vient confirmer l'importance de la famille, du clan : la plus grande joie est procurée par le fait de « vivre à deux » ou par la présence des enfants et des petits-enfants, par « la solidarité et la connivence entre les grands-parents et les jeunes ».

Charlotte Royen, UCP - Sports Seniors et **Anne Gaudot**, Fondation Travail Université

Pour de plus amples informations concernant cette étude, vous pouvez contacter Charlotte Royen, tél.: 02 246 46 78, courriel : charlotte.royen@mc.be.

Sida : ne comptez pas sur la chance



La Plate-Forme Prévention Sida est une asbl créée depuis 2000. Sa mission est de soutenir la concertation des acteurs de la prévention du sida dans le cadre de la mise sur pied de programmes de prévention à l'intention du public général et d'assurer la réalisation concrète de ces programmes. Financée par le Ministère de la Santé de la Communauté française, la Plate-Forme Prévention Sida a pour mission :

- le soutien de la concertation des acteurs de la prévention du sida autour des axes à développer dans les campagnes de prévention ;
- la mise en oeuvre de la réalisation de ces campagnes.

Chaque année, cela se traduit par deux temps forts :

- une campagne été, ciblée sur les jeunes. Les

objectifs de cette campagne sont de sensibiliser les jeunes aux modes de transmission du sida et des MST, de promouvoir et de banaliser l'usage du préservatif, et de valoriser l'attitude de protection lors des relations sexuelles ;

- la Journée mondiale de lutte contre le sida : cette journée a pour but de sensibiliser tout un chacun à la problématique de la séropositivité, du sida. Une journée pour montrer notre solidarité envers les personnes séropositives. Diverses activités sont organisées chaque année, comme par exemple, une marche dans les rues de Bruxelles, un événement de sensibilisation autour de la question du sida, le lancement d'une campagne de solidarité envers les personnes séropositives et les malades du sida.

La chance, un thème positif pour parler du sida

Trop souvent encore, les jeunes ne se sentent pas concernés par le sida. Ils n'utilisent pas souvent le préservatif lors de relations sexuelles à risques, en misant sur la « chance » de ne pas être contaminés par une maladie sexuellement transmissible (MST).

Afin de lutter contre ce phénomène, la Plate-Forme Prévention Sida lance une campagne basée sur ce concept de chance. Au moyen de divers symboles représentant la chance, cette campagne veut attirer l'attention des jeunes sur le fait que seul le préservatif est efficace pour se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles (MST). Rien ne sert de collectionner trèfle à quatre feuilles, fer à cheval ou patte de lapin, ils sont inutiles pour se protéger du sida.

Cette campagne prend chaque année son envol au début des vacances scolaires. En effet, la Plate-Forme pense que les vacances d'été sont davantage propices aux rencontres plus libérées qu'en période scolaire et dès lors ouvrent la possibilité d'une augmentation de rapports sexuels non protégés.

Public cible

La campagne s'adresse de manière générale aux jeunes âgés de 15 à 25 ans. Cependant, trois sous-publics ont été définis : les jeunes hétérosexuels belges, les jeunes hétérosexuels d'origine étrangère et les jeunes homosexuels. Pour chacun de ces sous-publics, sont plus particulièrement visés :

- les jeunes qui croient qu'il ne leur arrivera jamais rien et qui comptent donc sur la chance pour ne pas être infectés ;
- les jeunes qui ne se sentent pas concernés par le sida et les MST ;
- les jeunes qui se protègent afin de les conforter et les pousser à continuer de se préoccuper du sida et des MST.

La Plate-Forme a choisi les jeunes pour cible de ses campagnes d'été car il s'agit d'une catégorie de la population particulièrement vulnérable par rapport au sida et aux MST. En effet, des études montrent que les jeunes ont un niveau d'information insuffisant quant aux modes de transmission des MST, que l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 14 ans et qu'en plus les jeunes changent fréquemment de partenaire. Au niveau statistique on constate depuis 2003, une recrudescence des nouveaux cas d'infection par le VIH dans la tranche d'âge des 15-24 ans, garçons ou filles, avec une stabilisation à

un haut niveau : 123 cas en 2003, 117 en 2004 et 121 en 2005.

Objectifs

Objectifs de santé

A long terme : réduire l'incidence du sida et des autres MST en prévenant leur transmission par voie sexuelle.

A court terme : contribuer à une augmentation du nombre de jeunes utilisant un préservatif pour se protéger.

Objectifs éducatifs

Améliorer les capacités de négociation et de dialogue des jeunes au sujet de la protection.

Encourager les jeunes à maintenir ou à développer un comportement responsable par rapport au sida et aux autres MST.

Améliorer les connaissances quant aux modes de transmission des MST.

Objectifs de communication

Sensibiliser les jeunes au fait que le sida les concerne toujours et qu'il ne faut pas compter sur la chance pour ne pas être contaminés.

Valoriser l'attitude de vigilance vis-à-vis du sida et des MST.

Rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif.

Faire prendre conscience aux jeunes que nous sommes tous concernés par le sida.

Outils réalisés

La campagne été 2006 comporte les éléments suivants.

- Un spot TV présentant dans un premier temps la chance comme efficace pour se protéger du sida avant de casser cette idée absurde. Le spot emploie un ton humoristique et est réalisé à la fois en vidéo et en animation.
- Un spot radio reprenant la bande sonore du spot TV.
- Quatre affiches reprenant le concept et le slogan de la campagne : une affiche visant les jeunes hétérosexuels belges, une autre visant les jeunes hétérosexuels d'origine étrangère, une troisième visant les jeunes homosexuels et une dernière reprenant le visuel des autocollants.
- Une planche de trois autocollants présentant un trèfle à quatre feuilles dans un rond rouge barré.
- Image à transférer sur un t-shirt : réutilisation des visuels des autocollants.
- Cartes Boomerang inspirée des jeux à gratter de la Loterie nationale. Il s'agit du « MSTO » suivi de « Ouf, vous avez perdu ».
- Un dépliant informatif reprenant les informations de base concernant la transmission et la protection par rapport au sida et aux MST.
- Réutilisation des pochettes « In Ze Pocket » et des « Permis de séduire » réalisés les années précédentes.

Diffusion

La campagne a été relayée via divers canaux.

- Diffusion des spots TV/radio visant à rappeler l'importance de l'utilisation du préservatif lors des relations sexuelles, que l'on soit hétérosexuel, homosexuel, belge ou d'origine étrangère, sur les chaînes de la Communauté française et certaines chaînes locales.
- Diffusion d'affiches dans le monde associatif, les écoles, les lieux de sorties, via les Centres locaux de promotion de la santé et les organismes de prévention du sida et des MST.
- Diffusion des quatre visuels dans la presse locale, régionale et thématique.
- Diffusion de cartes « Boomerang », d'autocollants et d'un dépliant informatif sur le sida et les MST.
- La Plate-Forme Prévention Sida a aussi profité des grands événements estivaux tels que concerts et festivals pour distribuer ses outils de prévention.

La méthodologie

Pour réaliser cette campagne, un groupe de jeunes représentant le public cible a été impliqué dans le processus de création des actions de prévention.

Ce choix est né de la question de base : « qui, mieux que les jeunes eux-mêmes, peut définir les besoins, attentes et questions des jeunes par rapport à la problématique du sida ? »

Partant de ce principe, la Plate-Forme Prévention Sida s'est entourée d'une quinzaine de jeunes intéressés par le sujet et désireux de s'investir dans la conceptualisation d'un outil de prévention. Il s'agit donc de réunir régulièrement les jeunes afin qu'ils expriment ce qu'ils

Concertation

La Plate-Forme Prévention Sida a pour mission de mettre en place un processus de concertation avec les acteurs particulièrement sensibles à la prévention sida. Les partenaires sont nombreux et variés : Ex Aequo, Siréas, Centre de planning familial Séverine, Centre de planning familial Aimer à l'ULB, Question santé, Modus Vivendi, Sid'action Liège, Univers Santé, CLPS de Bruxelles, CLPS de Huy, CLPS Luxembourg, Aide Info Sida, Service Education Santé Huy, Sida-IST Charleroi-Mons, Centre Ener'j Charleroi. Ensemble, ils travaillent à la réflexion, la conception et la mise en place d'outils et de campagnes de prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles à l'attention du grand public. Ces associations se sont rassemblées en groupe de travail qui s'est réuni à chaque phase d'évolution du projet.

pensent être le plus pertinent et efficace lorsqu'on parle de prévention sida à un public jeune. Dans un souci de représentativité du public cible, le recrutement s'est fait de sorte qu'un maximum de jeunes d'âges, d'origines, de cultures et de provenances différentes participent au groupe. Ainsi, ce sont donc 15 jeunes entre 15 et 21 ans, belges, africains, hispaniques, de la ville ou de la campagne qui se sont attelés à créer une nouvelle campagne pour cet été.

Cette méthodologie participative a déjà été utilisée les années précédentes et a porté ses fruits. En effet, les campagnes « Sans latex, t'es déjà mon ex » (2004) et « Sans latex, sous aucun prétexte » (2005) sont nées de la réflexion et des échanges menés avec les jeunes⁶.

C'est donc ce groupe, en concertation avec le Siréas pour la représentation du public des jeunes étrangers et Ex Aequo représentant les homosexuels, qui a déterminé le contenu mais aussi la forme de ces campagnes. Cette démarche a permis de mieux cerner les attentes des jeunes et les questions qu'ils se posent en termes de prévention.

Lors de ces rencontres, les jeunes ont pointé du doigt une série de freins liés à l'utilisation du préservatif. Parmi ceux-ci, on retrouvait notamment le fait qu'utiliser un préservatif casse l'ambiance, diminue le plaisir ou peut faire planer des soupçons sur celui qui le propose. Ces divers freins ont été présentés dans la dernière pochette « In Ze Pocket » diffusée l'été passé. Pour donner suite à ce travail, le groupe a décidé de se focaliser sur un de ces freins afin de s'y attaquer en profondeur. « Le sida ne me concerne pas » est ressorti comme le frein partagé par le plus grand nombre.

Pourtant, la réalité des chiffres montre que le nombre de jeunes entre 15 et 25 ans contaminés par le VIH est en augmentation ces dernières années. Dans ce contexte, la prise de risque devient une question de « chance » et non pas une décision prise en connaissance de cause.

La campagne a donc pour objectif de rappeler que tout le monde est susceptible de rencontrer le VIH dans ses relations quel que soit son âge, ses origines ou son statut social. Le sida n'est donc pas une question de chance mais bien une réalité présente au quotidien. Il est donc impératif de se protéger en utilisant le préservatif.

D'après le dossier de presse de la Plate-forme
Plate-Forme Prévention Sida, Avenue Emile de Béco, 67, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/ 733 72 99. Fax : 02/ 646 89 68

Courriel : preventionsida@skynet.be.

Internet : www.preventionsida.org

⁶ Pour une description plus détaillée de cette méthode, voir l'article de Cécile Duvivier, 'Sans latex sous aucun prétexte. Une campagne conçue pour et par les jeunes', dans Education Santé n° 208, janvier 2006.

Promotion de la santé : de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ?

1936, un anniversaire aussi important que discret

Savez-vous ce que l'on commémore, plutôt discrètement, en France depuis quelques semaines ? Une période particulièrement féconde et particulièrement brève de notre histoire politique et sociale... Il y a 70 ans exactement, le Front populaire remportait les élections législatives. Le 4 juin 1936, Léon Blum formait son gouvernement. Il démissionnera un an plus tard pour de multiples raisons que je n'évoquerai pas ici.

J'ai choisi d'introduire mon exposé par ce rappel historique parce qu'à mon avis ces quelques mois ont permis à la France de faire un pas de géant dans le domaine de la promotion de la santé, 10 ans avant la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un demi-siècle avant la rédaction de la Charte d'Ottawa.

Les congés payés, la semaine de travail de 40 heures, l'augmentation des salaires (plus importante pour les bas salaires), les délégués du personnel, les conventions collectives, la prolongation de la scolarité obligatoire jusqu'à 14 ans, la réforme de la Banque de France, la création de l'Office du blé avec rétablissement du pouvoir d'achat des agriculteurs, les grands travaux, la création de la SNCF, les billets à tarif réduit pour partir en vacances, les auberges de jeunesse... : les mesures se succédaient à un rythme effréné, portées par le gouvernement mais aussi par un mouvement social sans précédent. On a évalué à 2,5 millions le nombre de grévistes dès le début du mois de juin, à 9900 le nombre d'usines ou d'établissements occupés... Des grèves spontanées, festives, sortant souvent du cadre strictement syndical : on chante, on danse, on se déguise, on fait de la gymnastique...¹

On ne peut pas douter que ces réformes aient eu un impact positif sur la santé de la population. Tous les ingrédients de la promotion de la santé y étaient : la volonté politique, la mobilisation populaire, la réduction des inégalités sociales, l'intersectorialité, l'éducation populaire et même... la participation des femmes aux prises de décisions puisque trois d'entre elles avaient été nommées ministres alors qu'elles n'étaient encore ni électrices ni éligibles ! Cette parenthèse pacifique, de courte durée, aura incontestablement apporté à beaucoup un mieux-être physique, mental et social, une meilleure qualité de vie. D'ailleurs les jeunes ne s'y trompaient pas, qui chantaient :



De grandes dates: New York en 1946 pour l'OMS...

« Hardi les gars ! Voilà les 40 heures
Nous y gagnerons la force et la gaieté
Hardi les gars ! Que la vie est meilleure
Au bon vent de la liberté ».²

Les déclarations officielles, une saine lecture

A quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ? Mon exposé comportera quatre parties. La première est finie : elle était consacrée au Front populaire. La seconde rendra compte d'une lecture naïve des déclarations solennelles de l'OMS relatives à la promotion de la santé. Lecture naïve parce que la conférencière que je suis ce soir n'est pas un grand nom de la santé publique, juste une petite personne, tombée dans la marmite de l'éducation pour la santé il y a 20 ans et qui essaye de surnager, désespérément optimiste. La troisième partie, qui aborde le sort que nos gouvernements font à la promotion de la santé, sera quelque peu déprimante. Pour finir je vous donnerai deux exemples de mes tentatives, très modestes, d'intégrer les principes de la promotion de la santé à ma pratique professionnelle.

Pour préparer cet exposé, j'ai donc lu et relu plusieurs fois : le Préambule à la constitution

de l'OMS (New York, 1946), la Déclaration d'Alma-Ata (au Kazakhstan) sur les soins de santé primaire (1978), la Charte d'Ottawa (au Canada) pour la promotion de la santé (1986), les Recommandations d'Adélaïde (en Australie) sur les politiques pour la santé (1988), la Déclaration de Sundsvall (en Suède) sur les milieux favorables à la santé (1991), la Déclaration de Jakarta (en Indonésie) sur la promotion de la santé au 21^e siècle (1997) et la Charte de Bangkok (en Thaïlande) pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005). Premier constat, avant même d'avoir commencé à lire les textes : si vous aimez voyager, devenez expert aux conférences internationales de l'OMS. Deuxième constat, la première lecture est franchement ennuyeuse : c'est à la fois répétitif et plein de générosité, de bons sentiments, d'engagements pour la vie. On croirait parfois ces textes rédigés par des adolescents qui viennent de découvrir la faim dans le monde et les émois procurés par l'engagement collectif en faveur d'une grande cause.

¹ Soudais M. *Front populaire : un moment d'exception*. Politis, 27 avril 2006, n° 899.

² *Le front populaire*. Historia mensuel, mai 2006, n° 713.

Ces déclarations successives portent toutes sur la meilleure façon d'assurer à la population mondiale des conditions de vie favorables à la santé. Elles ont beaucoup de choses en commun, tant sur la forme que sur le fond, mais une lecture plus attentive montre que chacune adopte un éclairage différent, un peu comme les 18 versions de la cathédrale de Rouen peintes par Claude Monet, aux différentes heures du jour. La cathédrale est toujours la même, on en reconnaît les contours et pourtant, les ombres et les couleurs sont différentes sur chaque tableau. Il en est de même pour les déclarations solennelles de l'OMS, dont les tonalités évoluent au fil des ans.

Ce qui est commun sur la forme :

- on ne renie jamais les déclarations précédentes, on les rappelle en préambule et on affirme qu'on s'inscrit dans leur prolongement ;
- on conclut toujours par un engagement solennel et un appel à l'action.

Ce qui est commun sur le fond :

- la santé est à la fois un droit fondamental de l'être humain et un bon investissement économique et social ;
- les inégalités de santé entre les pays et à l'intérieur des pays sont inacceptables, les gouvernements doivent s'attacher à les réduire ;
- l'amélioration et la protection de la santé d'une population passent nécessairement par la mobilisation de tous les secteurs de la vie politique, sociale et économique et par l'implication des citoyens.

Pour ce qui concerne les spécificités que j'ai relevées dans chaque déclaration, je ne vais pas vous les exposer en détail : ce serait fastidieux et sans grand intérêt. Je me contenterai d'évoquer la tonalité de chacune, telle que je l'ai perçue et d'en citer un ou deux extraits significatifs.

J'accorderai un traitement particulier à la Charte d'Ottawa pour trois raisons : c'est elle qui définit la promotion de la santé, c'est son vingtième anniversaire et, en plus, c'est ce que m'ont demandé les organisateurs de cette soirée.

Le préambule à la constitution de l'OMS est célèbre, ne serait-ce que par la définition qu'il donne de la santé, définition de 1946 que l'on trouve dans tous les dictionnaires, dans tous les mémoires d'étudiants et dont on critique le caractère utopique, statique et peu opérationnel dans la plupart des livres de santé publique : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité. »

Définition en phase avec son époque, à la sortie de la 2e guerre mondiale, à une période où les peuples avaient bien besoin de recommencer à rêver, à espérer des lendemains qui

chantent...

En 1978, la déclaration d'Alma-Ata est entièrement consacrée aux soins de santé primaires. Ces soins sont alors présentés comme le moyen qui « donnera à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. » [...] Ils comprennent au minimum :

- une éducation sur les méthodes de prévention et de lutte contre les principaux problèmes de santé ;
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- la prévention et le contrôle des endémies locales ;
- le traitement des maladies et lésions courantes ;
- la fourniture de médicaments essentiels.

Ces soins doivent être « scientifiquement valables et socialement acceptables, universellement accessibles aux individus et aux familles, [...] à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. »

Bon, on a dépassé l'an 2000, je ne suis pas sûre que l'objectif ait été atteint... une autre utopie sans doute.

Bref arrêt sur Ottawa

Nous en arrivons à la Charte d'Ottawa et à son sous-titre : « Vers une nouvelle santé publique ». D'emblée elle s'inscrit dans un mouvement, une dynamique. D'ailleurs elle définit la promotion de la santé comme le processus qui donne aux gens les moyens d'avoir plus de pouvoir sur leur santé et de l'améliorer. Et elle s'autorise à redéfinir la santé.

Plus exactement, elle apporte des précisions ou un mode d'emploi à la définition de 1946. Il est toujours question de « parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social » mais on nous dit comment faire. « L'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et transformer son environnement ou s'y adapter. » On nous dit aussi qu'il n'y a pas que la santé dans la vie, que c'est juste une ressource bien commune au quotidien.

La Charte affirme d'abord que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables : la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. A première vue, on peut penser que la santé est plutôt mal partie

si l'on ne s'occupe d'elle qu'après avoir réuni toutes ces conditions. A mon avis, cela veut dire au contraire que faire de la santé publique c'est s'occuper de cela, avant tout autre chose. Je parlerais donc plutôt de conditions premières que de conditions préalables.

Trois principes sont ensuite énoncés :

- la santé est un bon investissement car elle permet le développement social, économique et individuel. Et il faut arriver à en convaincre tout le monde.
- la promotion de la santé vise l'équité en matière de santé. J'y reviendrai.
- enfin, les conditions préalables (ou premières) et les objectifs de santé ne peuvent être atteints par le seul secteur sanitaire. La promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : les gouvernements, les autorités locales, les différents secteurs de la société (sanitaires, sociaux, économiques), les associations, l'industrie, les médias...

Quant aux actions à mettre en œuvre pour promouvoir la santé, elles sont regroupées en cinq axes que j'ai l'habitude de résumer en cinq mots clés :

Politique : la promotion de la santé doit amener chaque responsable politique, à quelque niveau et dans quelque secteur qu'il intervienne, à prendre conscience des conséquences de ses décisions sur la santé de la population.

Environnement : il s'agit d'inciter chaque personne, chaque communauté, chaque région, chaque pays à préserver collectivement les ressources naturelles et à créer des relations et des conditions de vie et de travail favorables à la santé.

Démocratie : les communautés sont considérées comme capables de prendre en main leur destinée et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Ce sont donc elles qui doivent choisir les priorités et prendre les décisions qui concernent leur santé.

Éducation pour la santé : il s'agit de permettre aux gens, à tous les âges, d'acquérir et de renforcer les aptitudes indispensables à la vie, notamment celles qui leur permettront de participer à une démarche de promotion de la santé.

Services de santé : il s'agit en fait de réorienter les services, de créer un système de soins qui serve au mieux les intérêts de la santé, qui s'inscrive dans une logique de promotion de la santé, qui respecte notamment la dimension culturelle et sociale des personnes, qui encourage et prenne en compte l'expression des individus et des groupes sur leurs attentes en matière de santé. Cela suppose d'orienter dans ce sens la formation des professionnels et la recherche.

Donc je résume : la Charte d'Ottawa, ce sont 2 définitions (la promotion de la santé et la

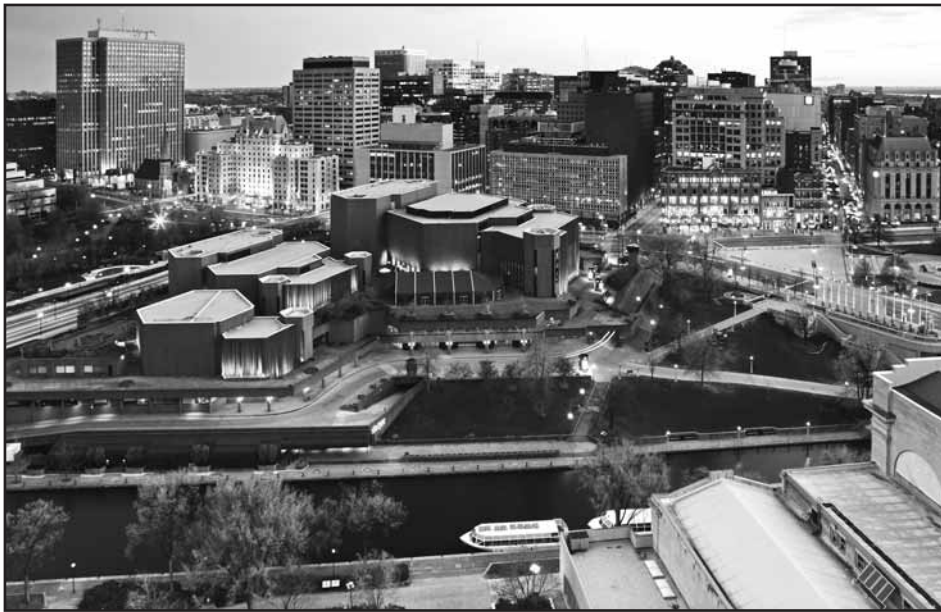


Photo © Ispix

Ottawa en 1986 pour la promotion de la santé...

santé) + 9 conditions premières + 3 principes (la santé comme agent de développement, l'équité et l'intersectorialité) + 5 axes de travail (politique, environnement, démocratie, éducation pour la santé et services de santé).

Après Ottawa, il y a eu les recommandations d'Adélaïde et la déclaration de Sundsvall, respectivement consacrées aux politiques pour la santé et aux milieux favorables à la santé, autrement dit aux deux premiers axes de la Charte d'Ottawa.

Les déclarations de Jakarta en 1997 puis de Bangkok en 2005 témoignent, quant à elles, des préoccupations grandissantes des experts de santé publique quant au processus de mondialisation de l'économie et à ses effets dévastateurs sur la santé des populations.

On y parle d'abord de la nécessité de s'adapter au 21^e siècle et de trouver de nouvelles formes d'action. Puis le ton devient plus alarmiste : on évoque les « bouleversements sociaux, économiques et démographiques », on « exige la fermeté de l'action politique », on parle de « défendre la cause de la santé », « de réglementer et de légiférer », de « s'attaquer d'urgence aux problèmes de santé et aux inégalités ».

Parallèlement le vocabulaire économique infiltre les déclarations : le secteur privé est associé aux débats, on parle d'investissement, de développement économique, de marchés financiers, de stratégies de commercialisation, de production, de marketing... L'idée d'une alliance mondiale pour la santé, déjà évoquée dans la Charte d'Ottawa, est reprise avec force.

L'impression générale qui se dégage de ces derniers textes est que la mondialisation de l'économie est une menace grave pour la santé mais que les hommes de bonne volonté, tous unis dans un même élan de fraternité, vont

vaincre les forces du mal.

J'ai des doutes... « Si tous les gars du monde voulaient s'donner la main, alors on pourrait faire une ronde autour du monde... », écrivait le poète **Paul Fort**. Ne soyons pas naïfs : il y a bien là deux modèles de société qui s'opposent. Les principes de solidarité, de lutte contre les inégalités, de respect de la diversité des cultures, de protection de l'environnement, de participation des individus et des communautés aux prises de décisions, qui fondent une politique de promotion de la santé, ne sont pas favorables aux intérêts des grandes puissances économiques.

Où sont les femmes ?

Je vais terminer ma lecture des textes en m'intéressant à l'évolution du discours sur un point particulier : les femmes.

OMS 1946, Alma-Ata: On n'en parle pas.

Ottawa: la promotion de la santé « doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes. [...] Tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux. »

Adélaïde: un domaine d'action à part entière : « Les femmes sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde et elles travaillent, la plupart du temps, sans rémunération ou pour un salaire minimal. Les réseaux et organisations de femmes sont des modèles pour l'organisation, la planification et la mise en œuvre des actions de promotion de la santé. Les décideurs et les institutions officielles devraient apprécier à leur juste valeur les réseaux de femmes et leur fournir un appui. »

Sundsvall: la Conférence évoque « la nécessité de reconnaître et d'utiliser les compétences et les connaissances des femmes dans tous les domaines, y compris ceux de la politique et de l'économie, pour mettre en place des infrastruc-

tures plus propices à des environnements favorables à la santé. Il faudrait reconnaître que les femmes ont de lourdes tâches et veiller à ce que les hommes assument leur part de ce fardeau. Il faudrait que les associations féminines communautaires aient les moyens d'intervenir plus énergiquement dans l'élaboration de politiques et de structures propres à promouvoir la santé. »

Jakarta: la « responsabilisation des femmes » est citée comme l'une des « conditions préalables à l'instauration de la santé ».

Pauvre France

J'en arrive à la troisième partie de mon exposé dont je vous ai prévenus qu'elle ne serait pas gaie. En fait je voudrais revenir sur l'un des principes affichés par la Charte d'Ottawa, celui de l'équité : la promotion de la santé vise l'équité en matière de santé, son action a pour but de réduire les inégalités et de permettre à chacun de réaliser pleinement son potentiel de santé. Qu'en est-il en France ? La France est le pays d'Europe où les écarts de mortalité entre les différentes catégories professionnelles sont les plus élevés : les ouvriers peu ou pas qualifiés, âgés de 45 à 59 ans ont deux fois et demi plus de risques de mourir que les patrons, les cadres ou les professionnels libéraux du même âge³.

Dans l'Atlas de la santé en France, publié récemment, on peut lire : « *Quelle que soit la mesure du statut social (niveau de revenu, profession, niveau d'éducation), le niveau de santé se dégrade au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale. [...] Ces inégalités sont profondément ancrées dans la société française, caractérisée par des disparités plus fortes que dans le reste de l'Union européenne.* »⁴

En France, l'état de santé de la population est excellent... en moyenne, et il s'améliore chaque année. En France, les écarts de santé entre les riches et les pauvres sont les plus élevés d'Europe et ils se creusent un peu plus chaque année.

On sait que les causes de ces inégalités sont multiples et qu'elles trouvent principalement leur origine dans les conditions générales de vie et dans l'organisation de la société. On sait aussi que l'amélioration de l'état de santé d'une population n'est que minoritairement liée aux services de soins.

Or les politiques de santé menées en France se caractérisent de longue date par une polarisa-

3 Kunst AE., Groenhof F., Mackenbach JP. *Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens*. In Les inégalités sociales de santé. Paris Editions La Découverte/Inserm, 2000, pp. 53-68.

4 Rican S., Salem G., Kürzinger ML. *Déterminants de santé. Conditions de vie*. In Atlas de la santé en France, Volume 2, Comportements et maladies. Paris, John Libbey Eurotext, 2006, pp 25-27.



Photo © Isopix

...et Bangkok en 2005 pour la mondialisation

tion sur les comportements individuels d'une part et sur l'accès au système de soins d'autre part ⁵.

Didier Fassin écrivait en mars 2004 : « Depuis près de 50 ans, les écarts de mortalité entre les catégories extrêmes se maintiennent en France à un niveau particulièrement élevé. Malgré une progression considérable de la richesse nationale, malgré une amélioration importante de l'état de santé moyen et malgré une extension inédite de la couverture de l'assurance-maladie, les différences d'espérance de vie ne se sont pas réduites. » ⁶

D'un côté, on améliore le système de soins et on s'applique à le rendre plus accessible, et cela coûte cher. De l'autre, on continue à produire des inégalités en ne prenant pas en compte les effets sur la santé de la population des politiques menées dans les autres domaines. Et pourtant on a signé la Charte d'Ottawa!

Un seul des 100 objectifs mentionnés dans la Loi de santé publique de 2004 est de « réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires » mais il n'y a aucun indicateur chiffré en face de cet objectif car « sa quantification a pour préalable la production d'autres connaissances scientifiques ». Si l'on voulait vraiment s'attaquer aux inégalités sociales de santé, il faudrait commencer par en faire un objectif général et

le décliner, chiffres à l'appui, dans tous les domaines. D'autres pays l'ont fait.

Et pour atteindre un tel objectif, Jonathan Mann nous a clairement indiqué le chemin à suivre il y a près de dix ans. Il nous invitait à ne pas dissocier la promotion et la protection de la santé de la promotion et de la protection des droits de la personne.

Il attirait notre attention sur le fait que toute atteinte aux droits de la personne est préjudiciable à la santé et aussi que bon nombre d'actions de santé publique sont discriminatoires et portent donc atteinte aux droits de la personne. Pour se faire comprendre il citait plusieurs exemples. « *La pratique de la santé publique, écrivait-il, est lourdement touchée par le problème de la discrimination fortuite : comme dans les activités de communication qui postulent que toutes les populations sont atteintes de façon égale par un message unique exprimé dans le langage dominant*

et diffusé par la télévision ; [...] ou comme lorsque les messages d'information sur le saturnisme infantile sont diffusés sans se préoccuper de l'existence de moyens financiers permettant d'écartier le danger. En fait, la discrimination fortuite est si répandue que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire. » ⁷

'Ma' promotion de la santé au quotidien

Et voici la quatrième et dernière partie de mon exposé : en quoi les principes de la promotion de la santé me sont utiles dans mon travail quotidien. Moi, mon secteur d'activité c'est l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique, l'éducation du patient.

D'une façon générale, dire qu'on pratique l'éducation pour la santé dans une logique de promotion de la santé, c'est affirmer que l'on est attaché à certaines valeurs. En revanche, une simple référence à la prévention ne dit rien des valeurs que l'on entend défendre.

Se référer à la Charte d'Ottawa, c'est dire aussi que l'éducation pour la santé n'est pas dissociable des quatre autres axes de travail qu'elle préconise. Concrètement, quand il s'agit d'éducation du patient, c'est :

- au plan politique : concevoir des programmes qui prennent en compte et au besoin interpellent les politiques institutionnelles ;
- au plan de l'environnement : aménager notre

cadre d'exercice pour qu'il contribue non seulement à la qualité des soins mais aussi à l'autonomie des personnes qui viennent consulter ou qui sont hospitalisées ;

- au plan de la démocratie : associer les patients à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes ;
- en ce qui concerne les services de santé : ne pas déléguer l'activité éducative à une catégorie de soignants mais au contraire favoriser l'implication de chacun dans une démarche éducative conçue collectivement.

En respectant ces principes, il me semble que l'on évite de tomber dans les pièges d'une éducation thérapeutique focalisée :

- sur l'observance : le but de l'éducation du patient n'est pas de rendre le patient plus obéissant !
- sur les apprentissages : « Le danger pour l'éducateur en santé, c'est de croire ou d'espérer que tout peut être objet d'un apprentissage alors que la mort, la souffrance ou l'échec sont simplement le lieu de l'accompagnement et de l'écoute. » ⁸ C'est aussi une façon de lutter contre notre désir ou notre illusion de toute puissance.
- sur la responsabilité individuelle : quel que soit leur comportement vis-à-vis des soins, quelles que soient leurs habitudes de vie, les personnes malades ne peuvent être tenues pour responsables de leur état de santé. Arrêtons de vouloir « responsabiliser » les patients : soyez responsable, faites ce que je vous dis ! C'est contraire aux principes affichés dans la Charte d'Ottawa. ⁹

Expérience afghane

Autre exemple tiré de ma pratique professionnelle : il y un an, j'ai été amenée à séjourner trois semaines en Afghanistan pour évaluer des centres d'éducation pour la santé implantés dans trois écoles et lycées de filles par l'association *Afghanistan libre*. Ce sont de très gros établissements qui accueillent les jeunes filles du cours préparatoire à la terminale. Dans chaque école, une éducatrice pour la santé afghane a été formée et recrutée : elle assure des cours à toutes les élèves et aussi aux

5 Ridde V. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. Recherches sociographiques, 2004, XLV, 2, pp. 343-364.

6 Fassin D. Santé : les lois de l'inégalité. Mouvements, 2004, n° 32.

7 Mann J. Santé publique : éthique et droits de la personne. Santé publique, 1998, volume 10, n° 3, pp. 239-250.

8 Longneaux JM. Bien gérer sa santé ? Education santé, 1994, n° 90, pp. 4-6.

9 Sandrin-Berthon B. Le regard d'une éducatrice pour la santé. In Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon. Développer les offres régionales de formation en éducation du patient. Actes du séminaire, 2004, pp. 41-46.

mamans qui viennent plusieurs fois par semaine à l'école pour cela.

Je trouvais cette mission difficile, je n'étais pas sûre d'être à la hauteur. Alors je me suis accrochée très fort aux principes de la promotion de la santé en me disant que c'étaient eux qui devaient guider mon travail. Je ne vais pas tout vous raconter dans le détail seulement vous lire quelques extraits du rapport d'évaluation que j'ai rédigé, pour illustrer en quoi la Charte d'Ottawa m'a aidée à réfléchir.¹⁰

L'une des questions auxquelles j'essayais de répondre était : les centres d'éducation pour la santé mis en place dans les écoles répondent-ils à un besoin ?

« La lecture des rapports sur la santé de la population afghane, les orientations politiques du Ministère de la santé, les propos des éducatrices pour la santé et du personnel des centres de santé et des hôpitaux, les attentes exprimées par les jeunes filles et les mères nous confortent dans l'idée que l'éducation pour la santé en milieu scolaire correspond bien à un besoin.

La question qui reste en suspens est celle de savoir s'il s'agit d'une priorité. Quelles sont actuellement les actions qui permettraient d'améliorer le plus rapidement, le plus significativement et le plus durablement la santé de la population ? La construction de routes ? L'adduction d'eau dans les habitations ? L'alphabetisation de la population ? Où se situe l'éducation pour la santé dans l'ordre des priorités ?

On peut sans doute admettre que l'éducation pour la santé n'est pas une priorité en soi mais plutôt une mesure d'accompagnement des autres modalités d'intervention, une condition de leur mise en œuvre et de leur efficacité. A ce titre seulement elle devient une priorité.

[...]

On peut aussi concevoir l'éducation pour la santé des femmes comme un support de leur émancipation, comme un premier pas vers un engagement citoyen. Il est socialement acceptable que les femmes se réunissent pour parler de la santé : si elles découvrent à cette occasion qu'elles peuvent influencer sur le cours de leur vie et de celle des autres, cette expérience leur donnera confiance en elles-mêmes et peut-être l'envie de s'impliquer dans d'autres domaines pour améliorer leurs conditions d'existence.

Dans l'une des écoles, après avoir pendant plusieurs mois participé aux séances d'éducation pour la santé, les femmes réclament maintenant d'approfondir à lire dans l'espoir de mieux se faire entendre et de sortir de la pauvreté. Dans ce cas, la justification de l'éducation pour la santé ne repose pas directement sur tel ou tel objectif de

santé publique mais sur un objectif préalable d'évolution du statut de la femme. Cela suppose alors des méthodes d'éducation pour la santé adaptées à cet objectif reformulé. Et l'évolution du statut de la femme s'accompagnera d'une amélioration de la santé de la population »

Une autre question de l'évaluation concernait les effets potentiellement négatifs du programme :

« Le programme d'éducation pour la santé est figé : le contenu, les méthodes et les outils pédagogiques paraissent immuables, quasiment identiques dans toutes les classes. Basé sur la répétition de messages pré-établis, il n'a pas la capacité intrinsèque d'évoluer. La routine risque fort d'engendrer l'ennui. Les éducatrices pour la santé disent elles-mêmes qu'elles ont du mal à intéresser les élèves des grandes classes.

L'expression des élèves et des femmes est individuelle. Le déroulement des séances permet des échanges mais ceux-ci se déroulent presque toujours entre l'éducatrice pour la santé et l'une des personnes du groupe, sous la forme de questions/réponses. L'éducatrice pour la santé est considérée comme la seule détentrice d'un savoir. On lui a appris à dire aux élèves et aux femmes ce qu'elles doivent faire. On ne lui a pas appris à aider celles-ci à analyser leurs conditions d'existence puis à chercher collectivement les moyens de les améliorer.

La conception de la santé véhiculée par le programme est très médicale. Il s'agit essentiellement de prévenir les maladies en se conformant aux conseils des médecins, et de recourir suffisamment tôt aux soins. Cela risque de renforcer la déférence et la dépendance des femmes vis-à-vis des professionnels de santé plutôt que de promouvoir leur autonomie.

Le programme ne prend pas suffisamment en compte l'environnement dans lequel il s'inscrit : -on observe au sein de l'école des conditions et des habitudes d'hygiène qui ne correspondent pas aux messages véhiculés dans les séances d'éducation pour la santé ;

-la contribution de ce programme à la politique de développement, son rôle spécifique dans les systèmes de soins et d'éducation n'ont pas été précisés : cela explique notamment la difficulté qu'ont les Centres d'éducation pour la santé à installer une véritable collaboration avec les structures de soins alentour. »

Dans les recommandations, j'ai notamment écrit :

« Pour l'instant, le programme d'éducation pour la santé est construit **autour des habitudes qu'on veut faire acquérir à la population**. Il est centré sur les messages :

-des messages de prévention ont été choisis, par exemple : il faut se laver les mains après être allé aux toilettes, il faut éviter que les mouches se déposent sur la nourriture ou il faut réhydrater un bébé

qui a la diarrhée ;

-des supports pédagogiques ont été créés pour faire comprendre ces messages aux femmes et aux jeunes filles ;

-l'éducatrice pour la santé répète et fait répéter inlassablement les messages dans le but que la population apprenne puis adopte les habitudes conseillées.

La mise en place de ce dispositif a permis de créer une dynamique et une motivation forte au sein de la communauté : les femmes et les jeunes filles que nous avons rencontrées ont soif d'apprendre et veulent aller plus loin. Elles suggèrent de diversifier et d'approfondir leurs connaissances relatives à la santé, aux maladies et à la contraception. Elles veulent devenir encore plus savantes.

Si l'on se contente d'ajouter de nouveaux messages à la liste et de les transmettre de la même manière, on n'évitera pas les effets négatifs décrits précédemment.

Il faut maintenant adopter une démarche participative, c'est-à-dire construire le programme **autour des préoccupations des femmes et des jeunes filles**. Il s'agit de les aider à prendre collectivement des initiatives susceptibles d'améliorer leurs conditions d'existence et par là même de promouvoir leur santé :

- analyser, avec elles, les facteurs qui concourent et ceux qui font obstacle à la santé et au bien-être de leur communauté ;
- identifier, avec elles, ceux sur lesquels on peut agir ;
- fixer, avec elles, des objectifs concrets de changement ;
- convenir, avec elles, des méthodes qui permettront d'atteindre ces objectifs ;
- mobiliser, avec elles, les moyens nécessaires ;
- faire ce qu'on a décidé ;
- vérifier l'atteinte des objectifs, réajuster, recommencer...

Les actions qui résulteront de cette démarche pourront être de nature extrêmement variable : recherche d'informations, aménagement de l'environnement, démarche auprès de responsables institutionnels ou politiques, etc. »

Je conclurai comme j'ai commencé, en citant Léon Blum, la dernière phrase de son dernier éditorial : « Je le crois parce que je l'espère. »

La promotion de la santé, j'y crois parce que je l'espère.

Brigitte Sandrin Berthon,

Médecin de santé publique, Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon

Cet article reproduit le texte de la conférence inaugurale de la 3e Université d'été francophone de santé publique, donnée à Besançon le 2 juillet 2006.

¹⁰ Sandrin-Berthon B. Rapport sur l'évaluation des centres des centres d'éducation pour la santé. Hannaba, Paghman mai-juin 2005. Afghanistan libre, rapport non publié.

Décret relatif à la prévention du tabagisme et l'interdiction de fumer à l'école

Chapitre 1 - Du champ d'application

Article 1^{er}

Les dispositions du présent décret s'appliquent à tous les établissements de l'enseignement maternel, primaire, fondamental, spécialisé, artistique et secondaire de plein exercice et de promotion sociale organisés ou subventionnés par la Communauté française.

Chapitre 2 - De la protection de la santé et de l'interdiction de fumer

Art. 2

Dans les établissements scolaires visés à l'article 1^{er}, il est interdit de fumer dans les locaux fréquentés par les élèves, que ceux-ci y soient présents ou non.

Cette interdiction s'étend à tous les lieux ouverts situés dans l'enceinte de l'établissement ou en dehors de celle-ci et qui en dépendent. Elle pourrait encore s'étendre selon les modalités fixées par le règlement d'ordre intérieur.

Chapitre 3 - Des sanctions

Art. 3

Sans préjudice d'autres dispositions expressément prévues par les pouvoirs organisateurs, l'élève qui ne respecte pas cette interdiction se voit appliquer les sanctions prévues en vertu des articles 86 et 94 du décret du 24 juillet 1997 définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre.

Les membres du personnel qui ne respectent pas cette interdiction se voient appliquer les mesures disciplinaires prévues par leur statut respectif.

En ce qui concerne les établissements de l'enseignement de promotion sociale, il appartient au pouvoir organisateur de déterminer les sanctions éventuelles sur base de leur règlement d'ordre intérieur.

Chapitre 4 - De l'information et de la prévention

Art. 4

Le Gouvernement de la Communauté française prend toute mesure pour organiser annuellement pour tous les élèves et les membres du personnel, dans tous les établissements scolaires visés à l'article 1^{er}, une information sur les dangers de l'usage du tabac.

Cette information est laissée à l'initiative du personnel des centres psycho-médico-sociaux pour les établissements organisés par la Communauté française et du personnel des services de promotion de la santé à l'école pour les établissements subventionnés par la Communauté française dans le cadre de la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé tels que visés aux articles 2, 1. et 5 du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

Dans le cadre de cette mission, les centres psycho-médico-sociaux et les services de promotion de la santé à l'école peuvent faire appel à des experts externes issus de toute association reconnue spécialisée dans la lutte contre le tabagisme.

Les conseils de participation seront associés à tout projet d'établissement s'inscrivant dans la politique d'information et de prévention contre l'usage du tabac.

Art. 5

Le Gouvernement de la Communauté française détermine en concertation avec les centres psycho-médico-sociaux, les services de promotion de la santé à l'école et les associations spécialisées susvisées, le type de support d'affichage contre le tabagisme à apposer dans les établissements scolaires.

Art. 6

Le Gouvernement de la Communauté française pour l'enseignement qu'il organise et tout pouvoir organisateur pour l'enseignement subventionné incitent les directions des établissements scolaires à s'inscrire activement dans toute campagne préventive nationale ou internationale dans le cadre de la lutte contre le tabagisme. En outre, ils incitent à développer parmi les techniques de prévention la participation des jeunes eux-mêmes à l'information et à la sensibilisation de leurs pairs.

Chapitre 5 - Des dispositions abrogatoires et finales

Art. 7

Les articles 2 et 8 du décret du 2 décembre 1982 relatif à la lutte contre le tabagisme sont abrogés.

Art. 8

Les services du Gouvernement sont chargés de la vérification de l'application de ce décret.

Art. 9

Le présent texte entre en vigueur le jour de sa publication au Moniteur belge.

L'interdiction visée à l'article 2 ainsi que les dispositions sanctionnelles visées à l'article 3 sont effectives à dater du 1^{er} septembre 2006.

Décret du 5/5/2006, paru au Moniteur belge du 21/6/2006

BRÈVES

Suicide

Bruxelles

D'octobre à décembre 2006

Programme des formations et sensibilisations organisées par le Centre de prévention du suicide à destination des professionnels du secteur psycho-médico-social.

La prévention du suicide, quelle place y prendre ?

Sensibilisation à la prévention du suicide

Module de 3 heures. Plusieurs dates possibles :

- le lundi 23 octobre 2006, de 9h30 à 12h30
- le vendredi 24 novembre 2006, de 13 à 16h

le lundi 18 décembre 2006, de 9h30 à 12h30

Lieu : Centre de Prévention du Suicide.

Participation aux frais : 10 €.

Après un suicide, comment vivent les proches ?

Sensibilisation à l'accompagnement des personnes endeuillées après un suicide

Module d'une journée : le jeudi 19 octobre 2006, de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30.

Lieu : Bruxelles (salle à préciser).

Participation aux frais : 17 €.

Oser une prise en charge de la crise suicidaire

Formation à l'approche de la problématique du suicide et

de la prise en charge de la crise suicidaire

Module de 3 jours : les jeudi 12, vendredi 13 octobre et jeudi 26 octobre 2006, de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30.

Lieu : Bruxelles (salle à préciser).

Participation aux frais : 120€ pour les 3 jours.

Centre de prévention du suicide, place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles. Tél. (secrétariat) : 02 650 08 69, du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30.

Courriel : cps@preventionsuicide.be.

Habitat Charleroi

Du 12 octobre 2006 au 31 mai 2007

"L'Autre Rive" Charleroi organise un cycle de séminaires intitulé "Analyse diagnostique de l'habitat" à l'usage des intervenants psycho-médico-sociaux qui rencontrent la famille dans son milieu de vie.

A travers la lecture de l'habitat d'une famille, ce séminaire permet sa compréhension et l'élaboration d'un programme d'intervention adapté et articulé.

Animé par **Axel Bertholet** et **Yannick Moreau**.

Dates : 12/10/06, 16/11/06, 14/12/06, 18/01/07, 8/02/07, 8/03/07, 26/04/07 et 31/05/07 :

les jeudis de 10h à 12h.

Prix : 180€.

Inscription et information : lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h30 à 15h, mercredis de 8h30 à 12h.

L'autre Rive, rue du Laboratoire 29, 6000 Charleroi.

Tél.: 071 33 41 62. Fax : 071 30 00 22.

Courriel : lautrerive@skynet.be.

Santé

La Roche-en-Ardenne

21 et 22 octobre 2006

Vers une université ouverte en santé: la Fédération des maisons médicales organise une première université d'automne les 21 et 22/10, au Centre nature de Borzéé.

L'invitation est ouverte à toutes les personnes concernées par l'évolution du secteur socio-sanitaire. Les familles sont bienvenues. Le week-end est résidentiel.

Renseignements : 02 514 40 14 - fmmcsf@fmm.be -

www.maisonmedicale.org.

Santé publique

Montréal

23 au 27 octobre 2006

Les Journées annuelles de santé publique (JASP) célèbrent leur dixième anniversaire par une édition internationale de cinq jours! Cela se passera au Palais des Congrès de Montréal, du 23 au 27 octobre 2006. Ce grand événement de formation et de partage des connaissances rassemblera près de 2 000 personnes exerçant en santé publique ou concernées par l'action de santé publique, venues partager leurs connaissances, bâtir des ponts entre la recherche et la pratique et générer des collaborations dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Le **mercredi 25 octobre 2006**, tous seront rassemblés pour une journée d'analyse de calibre international sur le thème « La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé est-elle toujours utile pour la pratique de la santé publique d'aujourd'hui ? ». La journée est offerte gratuitement à toute personne inscrite à un des 13 symposiums des JASP 2006.

Pour tout savoir sur les Journées annuelles de santé publique : consultez le site <http://www.inspq.qc.ca/jasp/>

Dépression

Bruxelles

7 novembre 2006

Conférence : "Reconnaître les signes de la dépression et comment s'en sortir" (14h30)

par **Guy Adant**, licencié en éducation pour la santé et post-gradué en santé mentale.

Lieu : Fédération Indépendante des Seniors,

boulevard Roi Baudouin 18, 1000 Bruxelles.

Tél. 02/223.10.00. P.A.F. 4€.

Abus sexuel

Monceau-sur-Sambre et Dampremy

8, 9 et 10 novembre 2006

Le Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi organise les Journées scientifiques d'automne sur le thème "L'abus sexuel : la victime, la famille, la société, l'abuseur... à l'interface Justice/Santé".

Lieux :

• mercredi 8/11 : Château de Monceau, place Albert 1^{er}, 6031 Monceau sur Sambre

• jeudi 9/11 et vendredi 10/11 : CEME, rue des Français 147, 6020 Dampremy.

Diverses modalités d'inscription sont prévues : inscription à une journée, inscription aux trois journées, inscription aux séances spéciales.

Pour tout renseignement : Mme Anna Sergi, Service de santé mentale du CPAS de Charleroi, Espace Santé, boulevard Zoé Drion 1, 6000 Charleroi. Tél.: 0497 33 90 89 ou 071 92 55 52. Fax : 071 92 55 51.

Courriel : info@jsa.be ou yves.depauw@chu-charleroi.be.

Site : www.jsa.be.

Appel à projets

« Manger plus sain à l'école »

Avant le 15 décembre 2006

La Fondation Roi Baudouin lance pour la rentrée un appel à projets pour tout qui promeut une initiative améliorant l'offre d'alimentation dans les écoles. Cette offre concerne toute l'alimentation que peut recevoir un élève durant la journée : repas chauds, repas « tartines », goûter, collations, boissons. Et ce pour tout type d'enseignement, de la maternelle au secondaire.

Cet appel à projets est lancé pour la Communauté française et germanophone. Un appel similaire est envoyé à destination de la Communauté flamande.

Cette initiative s'inscrit en cohérence avec le Plan National Nutrition Santé Belgique (PNNS-B) et le Plan de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et adolescents en Communauté française. La Fondation Roi Baudouin veut stimuler l'offre d'alimentation saine dans les écoles, en soutenant des projets concrets et innovants qui s'inscrivent dans le cadre de ce plan.

Les projets de formation, d'information et de sensibilisation ou des projets visant à améliorer l'infrastructure des cantines ne sont pas couverts par cet appel.

Peuvent répondre à cet appel :

- les écoles : les gestionnaires des cantines scolaires et des internats, les directeurs/trices d'écoles et des

internats, les économistes, les gestionnaires des cuisines centrales;

- les centres locaux de promotion de la santé (CLPS);
- les services de promotion de la santé à l'école (PSE);
- les centres psychomédico-sociaux (CPMS);
- toute organisation non commerciale qui développe un projet spécifique et concret avec une ou plusieurs écoles.

Quelques exemples concrets :

- Le gestionnaire d'une cantine scolaire développe, avec son traiteur et un diététicien, un plan alimentaire équilibré augmentant la quantité de légumes et de fruits et favorisant l'originalité des plats. Il étudie le coût des repas et explore la faisabilité avec les fournisseurs. Les menus sont proposés pendant un mois aux élèves qui en font ensuite l'évaluation.
- Une école maternelle met en place un système pour assurer l'approvisionnement quotidien de l'école en lait frais qui sera proposé aux élèves lors des collations.
- Un service de promotion de la santé à l'école développe un projet permettant aux enfants d'obtenir un fruit de saison, quotidiennement, à un prix démocratique. Il développe les relations avec des fournisseurs ainsi qu'un système d'abonnement pour les parents, déchargeant ainsi les professeurs de la gestion financière. Le projet est mis en place dans trois écoles pilotes. Le système est évalué et reproduit dans d'autres écoles.
- Les élèves d'une école secondaire souhaitent préparer des paniers-repas froids équilibrés et mettre en place un système de commercialisation dans l'école.
- Une association ayant pour objectif la promotion de l'alimentation saine et les filières courtes, développe avec des producteurs de la région un système pour assurer l'approvisionnement de l'école en produits frais.

Selon l'ampleur des projets, la Fondation Roi Baudouin pourra vous accorder de 1 500€ à 15 000€. Les projets soutenus et menés à bien seront présentés dans un guide pratique à l'attention des gestionnaires de cantines de collectivités, ainsi que sur le site de la Fondation Roi Baudouin.

Comment introduire le dossier de candidature ?

Téléchargez le dossier de candidature à l'adresse www.kbs-frb.be ou si vous ne disposez pas d'une connexion internet, téléphonez au 070 233 065 en mentionnant le n° de référence de l'appel, à savoir J2140-F.

Complétez-le et renvoyez-le pour le 15 décembre 2006

au plus tard, de préférence par courriel à l'adresse gmt@kbs-frb.be ou par courrier à l'adresse :

Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles.

Erratum

Dans le numéro précédent (rubrique Brèves), nous vous annonçons un module de formation sur le jeu pathologique, organisée par Le Pélican.

Il s'agit d'une erreur de notre part, cette formation n'ayant pas eu lieu. Nous présentons toutes nos excuses au Pélican pour les problèmes que la parution de cette annonce a pu lui occasionner.

Carnet de voyage

« Un projet,
c'est comme un voyage... »

L'heure n'est plus aux vacances peut-être, mais le mot « voyage » fait toujours rêver ! Comme l'année passée, la Coordination Education & Santé – Cordes asbl de son petit nom, propose aux classes de 3^e à 6^e primaires de partir en projet à la manière d'un voyage d'exploration vers des destinations santé et ce dans le cadre de leurs apprentissages. Ce programme de promotion de la santé étant subsidié par la Communauté française, l'accompagnement proposé n'engendre aucun frais pour les écoles partantes.

En quoi cela consiste-t-il ?

Les enseignants intéressés reçoivent un outil « Le guide de voyage » pour développer, avec leurs élèves comme équipage, un projet pédagogique dont l'idée est d'explorer la santé et d'améliorer les conditions de santé dans l'école et/ou dans la famille. La première étape consiste à définir les besoins avec les élèves, d'en faire le tri et de choisir avec eux une « destination santé » qui prenne en compte les réalités et projets en cours dans l'école, les objectifs d'apprentissage de l'enseignant, les priorités décelées par les acteurs santé¹.

La participation des élèves et l'écriture font partie intégrante de ce programme. Il est proposé en effet aux élèves de faire le récit de leur projet santé dans un "carnet de voyage" et d'entretenir une correspondance avec l'asbl Cordes au fil de ce voyage pas comme les autres.

Un kit de petit matériel est remis à l'enseignant pour réaliser le récit du projet santé à la manière des « Carnets de voyage » où l'écriture narrative se mêle aux dessins, impressions et traces recueillies par les élèves tout au long des escales de ce projet santé. Pour faciliter le démarrage du carnet et à la demande des classes qui s'embarquent, une séance de découverte des carnets de voyage est proposée aux élèves. Pour les soutenir dans cette démarche à la fois artistique, éducative et de promotion de la santé, l'outil « Guide

1 Comme les services PSE, les centres PMS ou services locaux de santé ou encore par les politiques de santé publique.



de voyage » offre des propositions d'activités pour lancer le projet.

Des outils et ressources sont renseignés selon le thème qui fait l'objet du voyage-projet des élèves.

Quels partenaires ?

La Coordination Education & Santé - Cordes asbl se tient également à la disposition des enseignants, des classes pour des conseils ou pour être invité à bord à un moment ou l'autre de ce périple particulier. L'équipe de l'asbl joue un rôle d'accompagnement méthodologique à distance, par téléphone et correspond avec la classe à propos de cette expérience de projet santé. Afin de renforcer le caractère participatif et l'approche de promotion de la santé tout au long de ce voyage santé, elle offre des conseils aux acteurs scolaires, membres du Conseil de participation, de l'Association des parents et propose des échanges avec les partenaires tels que l'équipe PSE, le PMS, la commune, les autres associations actives dans l'école. Pour mieux faire connaître les propositions du guide, des ateliers formations-échanges sont organisés soit avec les CLPS ou à Bruxelles dans les nouveaux locaux de l'asbl. Ces ateliers peuvent réunir les acteurs santé et les acteurs de l'école pour favoriser les partenariats autour de projets santé à l'école.

Pour toute information, contactez par courriel ou par téléphone l'équipe de Cordes, av. Maréchal Joffre 75, 1190 Bruxelles, ou rendez-leur visite au Salon de l'Education à Namur du 18 au 22 octobre 2006.
Tél.: 02 538 23 73. Courriel : c.delians@beon.be

Sommaire

Initiatives

« Nos premières fois », ou
« Comment naître parents »,
par *Carole Feulien* 2

Les collations saines à l'école,
par *Carine Maillard* 5

Le tabac totalement banni de l'école,
par *Bernadette Taeymans* 7

« Vieillir est un verbe actif », par
Charlotte Royen et Anne Gaudot 9

Sida : ne comptez pas sur la chance,
par *Plate-forme prévention sida* 11

Réflexions

Promotion de la santé : de la théorie
à la pratique... ou à quoi servent les
déclarations solennelles de l'OMS ?
par *Brigitte Sandrin-Berthon* 13

Officiel

Décret relatif à la prévention du
tabagisme et l'interdiction de fumer à
l'école 18

Brèves

18

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

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 Spiege (02-515 05 85, catherine.spiege@mutsoc.be).

Rédaction : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

Ont collaboré à ce numéro : Anne Gaudot, Carine Maillard, Charlotte Royen, Brigitte Sandrin-Berthon, Bernadette Taeymans

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

Site internet : Maryse Van Audenhaege.

Contact abonnés : Carole Feulien

(02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

Comité stratégique : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache,

Sophie Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spiege, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette : Muriel Logist.

Mise en page : Cécile Maniquet.

Impression : Hayez.

Tirage : 3.200 exemplaires.

Diffusion : 3.000 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 52. 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.