

ÉDUCATION SANTÉ

JANVIER 2016

318

ELLE VIT AVEC LE VIH
AVEC ELLE,
M'ENGAGER DANS LE TRAVAIL

Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible.



www.preventionsida.org

IL VIT AVEC LE VIH
AVEC LUI, JE
M'ÉCLATER

Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible.



www.preventionsida.org

IL VIT AVEC LE VIH
AVEC LUI, JE RISQUE DE
M'INVESTIR À FOND DANS LE TRAVAIL

Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible.



www.preventionsida.org



*Partager sa vie
avec une personne
séropositive, c'est possible*
Plate-forme prévention sida

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

C'est un fait acquis pour tout le monde : la compétence santé francophone a été transférée de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et à la Cocof bruxelloise.

C'est en tout cas le discours que nous entendons depuis plus d'un an.

Cette affirmation mérite pourtant d'être nuancée. Le budget que la Fédération Wallonie-Bruxelles consacre à la santé était auparavant d'environ 40 millions d'euros. Maintenant, les moyens 'francophones' se répartissent comme suit, compte tenu d'un important transfert du niveau fédéral vers la Communauté française pour l'achat des vaccins.

Pour l'année 2015, l'Office de la naissance et de l'enfance a disposé d'une dotation de près de 43 millions pour la promotion de la santé à l'école (PSE, 21.135.000 euros), la vaccination des enfants et adolescents (20.421.000 euros) et les dépistage néonataux (1.402.000 euros). Rappelons ici que l'ONE est un organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique et placé sous la tutelle du Gouvernement de la Communauté française.

Le montant à disposition de la Wallonie est de 9.768.000 euros et celui de la Commission communautaire française de 3.380.000 euros. En d'autres termes, 76,5 % des moyens sont donc toujours à la Fédération Wallonie-Bruxelles, 17,5 % échoient à la Wallonie et 6 % à la Cocof. Comme dirait l'autre, « *Tout ça pour ça ?* »

INITIATIVES

Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible

Plate-forme prévention sida

La nouvelle campagne de la Plate-forme prévention sida souligne – non sans humour – qu'en vivant avec une personne séropositive, on prend surtout le risque d'être amoureux, d'avoir de merveilleux enfants, de vieillir ensemble, ou encore, tout simplement, de prendre son pied ! En d'autres mots, rejeter une personne parce qu'elle vit avec le VIH c'est se priver d'une belle rencontre !

C'est un message qui invite à porter un autre regard sur les personnes vivant avec le VIH tout en informant sur les progrès des traitements capables aujourd'hui, lorsqu'ils sont bien pris, de réduire presque à néant la transmission du VIH au/à la partenaire d'une personne séropositive.

Les objectifs de la campagne

- Amener le public à mieux accepter la séropositivité et en donner une image plus positive ;
- Informer le public sur les notions de prévention combinée et de charge virale indétectable ;
- Expliquer que l'on peut avoir une vie affective et sexuelle avec une personne séropositive qui suit un traitement, qui le prend correctement et régulièrement, avec un risque quasi nul de contamination ;

- Amener le public à intégrer sans crainte les personnes vivant avec le VIH dans la vie de tous les jours ;
- Donner de l'information sur la prévention combinée aux personnes vivant avec le VIH tout en leur adressant un message de soutien et de solidarité.

Pourquoi cette campagne ?

Lancée à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2015, cette campagne répond au besoin de lutter encore et toujours contre les préjugés relatifs à la séropositivité et contre les manifestations injustifiées de rejet et d'exclusion dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. Même les personnes qui se veulent tolérantes par rapport à la séropositivité peuvent avoir des



réactions d'exclusion par crainte d'une infection. À la base de ces préjugés et réactions il y a

un manque d'information sur les modes de transmission en général et, plus précisément aujourd'hui, un manque d'information concernant le concept de prévention combinée et son implication en termes de charge virale indétectable.

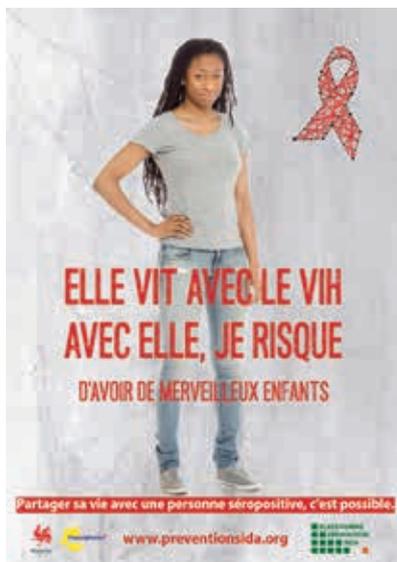
Dès lors, la campagne actuelle s'inscrit très logiquement dans le prolongement de la campagne menée durant l'été 2015, 'Préservatif, dépistage, traitements : les bons réflexes pour se protéger du sida et des IST', et poursuit le processus d'information sur la prévention combinée et la notion de charge virale indétectable entamé voici six mois.

La lutte contre la discrimination à l'égard des personnes séropositives joue également un rôle important en matière de prévention, favorisant le dépistage précoce après une prise de risque et la prise en charge médicale rapide en cas de résultat positif.

Le concept de la campagne, dédramatiser et informer

La campagne présente une série de personnes aux profils variés : homme ou femme, de type européen ou d'origine africaine, homosexuel ou hétérosexuel, jeune ou moins jeune... Autant de visages sereins, souvent souriants, qui dédramatisent l'image de la personne séropositive.

Chacun de ces portraits est accompagné d'une petite phrase qui joue sur la notion du 'risque' :



« Il vit avec le VIH. Avec lui, je risque... » ou
« Elle vit avec le VIH. Avec elle, je risque... »
« Je risque quoi ? »

La réponse varie d'un visuel à l'autre : « de prendre mon pied », « d'avoir de merveilleux enfants », « de tomber amoureux », « de m'investir à fond dans le travail », « de m'engager dans un beau projet de vie », « de superbement vieillir », « de m'éclater un max ».

Avec, en guise de conclusion, chaque fois, l'affirmation suivante : « Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible. »

La campagne explique aussi que, s'il est possible de vivre avec une personne séropositive c'est, entre autres, parce que :

– les traitements actuels, bien pris, empêchent

la transmission du virus, sont plus efficaces, mieux supportés et permettent d'avoir une vie épanouissante. Il est important d'en discuter au préalable avec son médecin spécialiste ;

- l'espérance de vie d'une personne séropositive sous traitement rejoint celle d'une personne séronégative ;
- le VIH ne se transmet pas dans les gestes de la vie quotidienne ;
- bien utilisé, le préservatif est un moyen de prévention efficace ;
- quel que soit le statut sérologique de son/ sa partenaire, on peut aujourd'hui, grâce aux traitements, avoir des enfants séronégatifs.

La campagne est déclinée en spots TV et radio, ainsi qu'en affichettes et cartes postales qui ont été notamment distribuées lors de la Journée du 1^{er} décembre.

Une campagne informative

Un dépliant reprend également les visuels et arguments de la campagne tout en fournissant de façon simple et brève diverses informations utiles. À commencer par une explication sur la charge virale, c'est-à-dire la quantité de virus présente dans le sang et les sécrétions sexuelles. Plus la charge est faible, moins la personne est contaminante. Cette charge virale est particulièrement élevée dans les semaines suivant l'infection et assortie alors d'un risque important de transmission. Mais une personne séropositive qui a un suivi médical régulier et

Le préservatif, le bon réflexe

Depuis 25 ans, *Le Petit Spirou* est l'un des personnages les plus populaires de la bande dessinée. Il demeure un modèle d'anticonformisme et d'humour sans tabous. À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2015, les éditions Dupuis et la Plate-forme prévention sida se sont associés pour faire du *Petit Spirou*, gamin farceur et candide, l'icône d'une campagne de prévention contre le VIH/sida. En Belgique, chaque jour trois personnes découvrent leur séropositivité, notamment dans un contexte de lassitude concernant le port du préservatif. L'épidémie reste à un niveau élevé depuis le début des années 2000.

De l'innocence à la prise de conscience, les auteurs **Tome & Janry** ont réussi le difficile exercice de la double lecture : là où un enfant sera touché par la sensibilité du personnage, un adulte comprendra la véritable portée du message. L'amour ça se protège ! Car le dessin permet d'engager plus facilement la discussion en famille ou en classe. En partenariat avec la Plate-forme, les auteurs ont réalisé une affiche destinée à faciliter un dialogue indispensable à la prévention via tous les relais en contact avec les jeunes (planning familiaux, PMS, psychologues, gynécologues...). La Plate-forme prévention sida peut également offrir un soutien aux diffuseurs grâce à des outils



de prévention et de formation actualisés sur les IST/sida et adaptés à leurs besoins.

prend correctement son traitement peut arriver à avoir une charge virale indétectable, c'est-à-dire tellement réduite qu'on n'arrive plus à la détecter dans le sang. La personne reste séropositive, mais le risque de transmission du

virus a quasiment disparu. Le dépliant parle aussi de l'importance du dépistage après toute prise de risque, du traitement post exposition, du dépistage des IST, ou encore, de la possibilité de s'adresser

à des professionnels pour être bien informé, conseillé et rassuré.

Asbl Plate-forme prévention sida, rue Jourdan, 151, 1060 Bruxelles. Tél. : 02/733 72 99.

Internet : www.preventionsida.org.

Le 24 mars 2016, une journée consacrée à l'éducation par les pairs

Carole Feulien

Depuis plusieurs années, Question Santé, Éducation Santé et le FARES ont pris la bonne habitude d'inviter en Belgique les auteurs d'ouvrages francophones récents en matière de promotion de la santé et de santé publique¹.

En octobre 2013, le public a répondu avec enthousiasme à leur invitation pour une journée de séminaire-conférence-débat avec **Alain Douiller**, auteur de l'excellent ouvrage '25 techniques d'animation pour promouvoir la santé'². Cette année, les trois organisations ont le plaisir de vous proposer une journée de réflexion et d'échanges sur le même canevas,

en présence d'**Éric Le Grand**, sociologue et consultant en promotion de la santé travaillant en France.

Un atelier d'échange de pratiques le matin

En première partie de journée (10h-12h30), Question Santé vous propose un atelier autour

de la place de l'approche par les pairs dans la promotion de la santé des jeunes. Celle-ci se trouve au croisement de l'éducation permanente, de la promotion de la santé et des finalités visées par les organisations de jeunesse. Ces trois domaines d'activités partagent-ils la même vision de l'approche par les pairs ? Quels sont ses enjeux ? En quoi ces questions

Notre invité Éric Le Grand



Après avoir travaillé entre 1998 et 2004 dans un Comité Départemental d'Éducation pour la Santé (Codes) et puis à l'INPES, Éric Le Grand, sociologue, est devenu consultant en promotion de la santé. Menant plus particulièrement des études, évaluations et formations sur la santé des jeunes, les publics en situation de précarité et les inégalités sociales de santé, il axe plus notamment ses

travaux sur les questions du développement de l'éducation pour la santé par les pairs (peer-education). Il est aussi membre de la Chaire de Recherche sur la Jeunesse (EHESP), du comité de rédaction de la revue 'La santé en action' (anciennement 'La Santé de l'homme') et du conseil scientifique des Francas (Mouvement d'éducation populaire).

Quelques publications :

- Chapitre : Éducation pour la santé par les pairs et alcool, pp 187-197, ouvrage Boire : une affaire de sexe et d'âge, sous la direction de Marie Laure Déroff, Thierry Fillault, Presses de l'EHESP, 2015, 207 pages.
- Sous la direction d'Éric Le Grand et Yaelle Amsellem-Mainguy (INJEP) : Éducation pour la santé des jeunes : la prévention par les pairs, Cahiers de l'action, n° 43, décembre 2014.

- Chapitre : Jeunes, acteurs de leur santé, une injonction à l'autonomie ? pp 71-86, ouvrage Usages et pratiques de l'autonomie. Décoder pour agir. Sous la direction de Patricia Loncle, L'Harmattan, 2014, 189 pages.
- 'Spiritualité et santé : plus l'incertitude de l'avenir est grande...' Éducation Santé, mars 2013, n° 287, pp 7-9.
- Coordination n° 421 de La Santé de l'homme : Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs, septembre-octobre 2012.
- 'Quand la santé des jeunes m'était contée !' La jeunesse dans la revue La Santé de l'homme, agora débats/jeunesse, pp 61-73, 2010.
- Chapitre : L'estime de soi : un enjeu éducatif et social, pp 93-100, ouvrage Éducation populaire, enjeu démocratique. Défis et perspectives, sous la direction d'Albert Restoin, L'Harmattan, 2008, 160 p.

1. Nous avons démarré, en partenariat avec l'APES ULg, avec le regretté Bernard Goudet, auteur de 'Développer des pratiques communautaires' chez Chronique sociale.

2. Voir à ce sujet l'article de C. De Bock "Un peu d'animation en Fédération Wallonie-Bruxelles", Éducation Santé n°295, décembre 2013, <http://educationsante.be/article/un-peu-d-animation-en-federation-wallonie-bruxelles/>.

interrogent-elles nos pratiques ?

Notre invité Éric Le Grand nous proposera un regard en miroir de son expérience dans son pays et de sa réflexion théorique.

Inscription gratuite et indispensable à :

info@questionsante.org, avant le 1^{er} mars 2016.

Détails pratiques

Date : 24 mars 2016

Lieu : FARES, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles

Matin – séminaire animé par Question Santé de 10 à 12 h 30

Après-midi – conférence d'Éric Le Grand de 14 à 16 h

Inscriptions à info@questionsante.org avant le 1^{er} mars 2016.

Nombre de participants limité à 20.

Une réflexion préalable sera demandée aux participants.

Une conférence l'après-midi

L'après-midi (14 h-16 h, accueil à partir de 13 h 30), Éric Le Grand nous fera le plaisir de nous entretenir de 'L'éducation pour la santé par les pairs : un enjeu pour la participation des jeunes !'

Aujourd'hui en France, l'éducation pour la santé par les pairs est souvent citée tant par les pouvoirs publics que par les jeunes eux-mêmes, comme une stratégie de prévention nécessaire pour promouvoir efficacement la santé. Malgré cette volonté affichée et si de nombreuses expérimentations ont pu se dérouler, son développement reste encore à ce jour assez faible.

Après avoir donné une définition de l'éducation pour la santé par les pairs, notre conférencier

s'intéressera aux enjeux liés à l'éducation pour la santé par les pairs. En effet, son développement ré-interroge la question de la participation des jeunes et de leur reconnaissance en tant qu'acteur et auteur de leur santé, le positionnement des professionnels quant à l'accompagnement de programme de 'peer-education' et les politiques publiques, dans leur volonté ou non de concevoir le jeune comme une ressource pour la société et non comme un risque.

Inscription gratuite et indispensable à :

info@questionsante.org, avant le 1^{er} mars 2016.

Nombre de places limité, ne tardez pas à vous inscrire !

Veillez noter qu'il est possible de s'inscrire aux deux activités ou à seulement une des deux parties de la journée. Merci de le spécifier à l'inscription.

Inégalités de santé : les enfants d'abord !

Christine Ferron

Elle y croit dur comme fer, Julie Poissant¹, intervenante du module « Réduire les inégalités sociales de santé : comprendre pour mieux intervenir » lors de la 12^e Université d'été francophone en santé publique de Besançon : c'est en agissant dès le plus jeune âge qu'on pose les bases d'un parcours de vie en santé. À condition de promouvoir autant la prévention universelle que les interventions ciblées. Vous avez dit 'universalisme proportionné' ?

Dans notre champ professionnel comme dans d'autres, il y a des expressions qui tout d'un coup font florès. L'universalisme proportionné est de celles-là. Il faut dire que son caractère abscons présente au moins deux avantages : ceux qui l'utilisent se sentent appartenir à une élite intellectuelle supérieurement informée et ceux qui la découvrent peuvent légitimement se moquer de sa tournure alambiquée...

Et cependant, au-delà de ce premier abord peu sympathique, que de trésors dans cette expression pour la santé publique ! Surtout lorsqu'on se préoccupe des inégalités sociales et de santé...

Il est des constats qui font mal, mais qu'il faut avoir le courage de regarder en face. Selon un récent rapport de l'Unicef sur « les privations et



Photo © Fotolia

¹ Julie Poissant est experte conseil à l'Institut national de santé publique de Québec.

la pauvreté relative des enfants dans l'ensemble des pays les plus riches », on observe dans tous ces pays une aggravation de la situation depuis la survenue de la grande crise économique de 2008. En France, par exemple, trois millions d'enfants vivent sous le seuil de pauvreté (soit un sur cinq) dont 440 000 ont basculé dans cette catégorie depuis l'entrée en récession de la France.

Sur le plan de la santé publique, cela veut dire notamment qu'une proportion grandissante d'enfants naissent et passent les premières années de leur vie dans des environnements où ils sont confrontés à un stress ayant un impact terrible sur leur développement. Ce stress est généré par l'extrême pauvreté et ses conséquences, la sous-stimulation, la souffrance psychique ou les contextes de violence, d'abus, de négligence... Or, pendant la gestation et au cours des deux premières années de la vie, le cerveau subit un intense processus de maturation qui le rend très vulnérable aux influences, positives ou négatives, des environnements.

La période qui va de la conception jusqu'à l'âge de huit ans est fondamentale en termes de construction de toutes les aptitudes de vie et des bases d'une vie en santé. Les conditions de vie défavorables imposées aux enfants par l'extrême pauvreté mettent en péril ces processus de maturation et de construction, et relèvent d'une immense injustice : à ces âges précoces, en effet, les enfants dépendent entièrement ou très majoritairement de leur environnement ; il ne saurait être question de choix individuel. Les mesures à prendre pour restituer à ces enfants une partie des chances perdues par les seules conditions de leur naissance se trouvent donc exclusivement dans le champ social et politique.

À chacun selon ses besoins

L'universalisme proportionné, fondé sur le principe « à chacun selon ses besoins », vise d'abord à répondre à cet enjeu-là. Dans le cadre de la contrainte de plus en plus forte imposée aux financements publics, il est impératif que les populations en situation d'extrême pauvreté, dont la santé est la plus menacée, bénéficient d'un apport maximal de ressources et de services. Il est également essentiel de travailler sur les obstacles qui empêchent ces populations de recourir aux services auxquels elles ont théoriquement accès : absence de

moyen de transport, horaires inadaptés, mais aussi problème de langue ou peur d'être mal jugé. Ces obstacles peuvent faire que ceux qui ont le plus besoin des services sont en réalité ceux qui y ont le moins accès... Un paradoxe insupportable pour les familles, mais aussi pour les intervenants.

Cependant, agir uniquement au bénéfice de ces publics en très grande difficulté ne permet pas de réduire les inégalités de santé qui se répartissent dans toute la population selon un gradient social : « *Ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons* » (Rapport Black).

Une action qui améliorerait la situation d'une catégorie de la population mais accroîtrait les inégalités de santé au sein de la population générale serait un échec sur le plan de la santé publique.

L'existence de ce gradient fait que les interventions uniquement destinées aux populations très démunies laissent de côté un grand nombre d'enfants appartenant aux classes moyennes et supérieures, qui ont également besoin d'être accompagnés et soutenus. Les interventions les plus pertinentes en termes de réduction des inégalités sociales de santé sont universelles, c'est-à-dire qu'elles touchent l'ensemble de la population, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale. C'est ça, l'universalisme proportionné.

Moduler l'intensité des interventions

Le principe de proportionnalité renvoie les intervenants à une notion complexe, qui est celle de l'adaptation des interventions à chaque catégorie de la population en fonction de son niveau de besoin. Une approche 'sur mesure' qui paraît bien souvent irréalisable ! Et pourtant, il existe des programmes de santé publique

qui s'y essaient avec un certain succès, comme le *Triple P* (Programme de Parentalité Positive). Ce programme propose un même type d'intervention pour l'ensemble de la population, mais avec cinq niveaux d'intensité différents permettant d'ajuster le soutien au plus près des besoins des parents : le niveau de base est appliqué d'emblée, puis éventuellement adapté aux besoins réels.

Moduler l'intensité d'une intervention n'est pas le seul moyen pour appliquer le principe d'universalisme proportionné. Il ne s'agit pas d'envoyer dix fois plus de brochures 'Au moins cinq fruits et légumes par jour sans effort' aux familles défavorisées ! Il s'agit aussi et surtout d'adapter la modalité d'intervention en mettant en œuvre des actions différenciées et appropriées sur les déterminants de la santé : veiller à l'accessibilité des transports publics, par exemple, ou mettre en place des actions de santé communautaire.

Le principe d'universalisme proportionné nous invite donc à intégrer deux nouvelles conceptions :

- agir dès la petite enfance est absolument crucial. Cela ne veut pas dire que le destin de chacun se trouve scellé dès ses premières années de vie, ou qu'il ne faut pas intervenir auprès d'autres populations. Mais chaque personne s'inscrit dans un parcours de vie et de santé qui trouve ses racines dans l'enfance. C'est donc bien à cette période de la vie que nos actions, politiques et programmes de prévention doivent donner la priorité ;
- une action qui améliorerait la situation d'une catégorie de la population mais accroîtrait les inégalités de santé au sein de la population générale serait un échec sur le plan de la santé publique. Notre responsabilité est donc d'adapter nos interventions aux besoins spécifiques de chaque sous-groupe de population, mais aussi d'offrir à l'ensemble de la population des programmes de prévention universels de qualité.

Tout cela sans perdre de vue la continuité et la cohérence d'une politique de santé publique qui, en articulant tous ces niveaux d'intervention, donnera du sens à nos actions, autant pour la population que pour nous-mêmes.

Texte publié initialement dans le n° 4 du Temps de l'Université d'été de Besançon, 2 juillet 2015, et reproduit avec l'aimable autorisation de Christine Ferron et Julie Poissant

L'alcoolisme, un mal familial

Les groupes Al-Anon/Alateen, pour soutenir les proches des personnes alcooliques

Carole Feulien

Un malade boit, cinq personnes souffrent

Le second et rapport de la cinquième enquête de santé de l'Institut Scientifique de Santé publique (HIS 2013)¹ révèle qu'en Belgique, le pourcentage de la population de 15 ans et plus buvant quotidiennement de l'alcool est en constante progression.

Il nous apprend également que 6 % de la population a tendance à boire trop, soit plus de 14 verres de boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et 21 pour les hommes.

Il rappelle enfin que, « *parmi les comportements préjudiciables pour la santé, l'usage de l'alcool est plus que jamais inscrit à l'ordre du jour des autorités nationales et internationales, car les effets dommageables d'une consommation inappropriée touchent le consommateur bien sûr, mais aussi son entourage et la société dans sa globalité. »*

« *Il n'est pas nécessaire de boire pour souffrir de l'alcoolisme »* nous affirme à juste titre l'asbl Al-Anon, nous rappelant que l'alcoolisme est véritablement un 'mal familial', affectant à la fois le buveur, ses relations et sa vie sociale : son travail, ses amitiés, son mariage, son rôle d'enfant ou de parent...

Les personnes les plus profondément atteintes par ce besoin compulsif de boire d'un parent sont souvent celles qui portent le plus d'affection au malade. Celles-ci se retrouvent alors prises dans un cercle infernal... L'alcoolisme de leur proche devient d'abord leur obsession : elles comptent le nombre de verres consommés, guettent « l'ouverture de la canette », fouillent la maison à la recherche de bouteilles cachées ou jettent des boissons coûteuses dans l'évier... Toute leur attention est focalisée sur les moyens de le faire arrêter de boire.

Ensuite, c'est l'anxiété qui les envahit : leur proche ne se préoccupe plus des factures, de ses enfants, de son travail. Il s'agit alors de le protéger, et de gérer « à sa place » les relations qui se détériorent et son environnement social

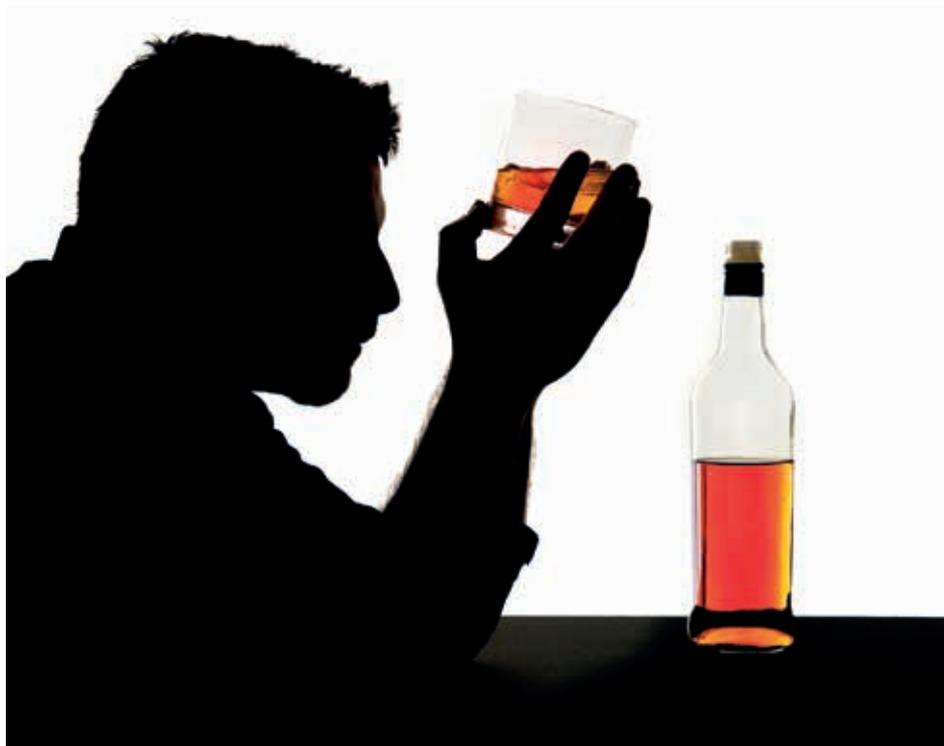


Photo © Fotolia

qui s'effondre. L'inquiétude fait généralement place à la colère. Le malade ne prend pas ses responsabilités et les fait peser sur ceux qui l'entourent, il ment, tente de les manipuler. Ses proches se mettent ensuite à jouer la comédie, à faire semblant de croire les promesses du malade, ou à vouloir y croire pendant les périodes d'abstinence. Mais aussi et surtout... à nier ce qu'ils perçoivent et ne peuvent se résoudre à voir. Enfin, la culpabilité les tiraille. Le sentiment de ne pas faire ce qu'il faut ou de ne pas être à la hauteur peut les submerger.

Sortir la tête de l'eau

Vivre avec un alcoolique et voir une personne que l'on aime se détruire peut devenir un drame quotidien. Face à ce constat, l'asbl Al-Anon a mis en place il y a des dizaines d'années un programme de rétablissement basé sur l'entraide et destiné aux familles, amis, collègues d'un malade alcoolique. L'objectif est d'aider les personnes faisant partie de l'entourage des

alcooliques en les accueillant et les réconfortant, dans le respect du malade.

Le programme Al-Anon est basé sur la même approche que celui des Alcooliques Anonymes mais est adapté aux besoins spécifiques des proches. Il leur propose différentes activités :

- les réunions de groupe : les membres s'y rendent pour partager leur expérience et réfléchir ensemble à des solutions, sous la bienveillance d'un animateur volontaire ;
- les groupes en ligne : ces forums internes (privés) fonctionnent sur le même principe que les réunions ;
- les lectures : Al-Anon propose des publications et ouvrages variés dans lesquels les membres trouvent des réponses possibles à leurs problèmes.
- le parrainage : est un échange entre deux membres. Le parrain ou la marraine est une personne spécialement choisie par le membre, avec qui il peut discuter de questions ou de problèmes personnels ;

¹ Lire à ce sujet, Gisle L., La consommation d'alcool. Dans : Gisle L., Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014. Également téléchargeable sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/AL_FR_2013.pdf.

-le téléphone : les membres peuvent se communiquer leur numéro de téléphone afin de s'entraider par des échanges plus personnels entre les réunions.

Témoignage d'une membre anonyme

« J'ai un peu plus de 40 ans, mariée, 2 enfants... [...] Tous les jours, il prenait des médicaments avec de la bière ou du vin pour dormir. La vie à la maison devenait pénible, l'alcool ne diminuait pas, au contraire. Je n'avais pas envie de le suivre là-dedans mais je me disais que c'était sa façon de 'tenir le coup'. De plus en plus souvent, mes enfants et moi prenions nos repas à trois car il était 'fatigué'. Quand il se levait, ses yeux étaient bizarres, le sommeil n'avait pas l'air de lui avoir fait du bien. On essayait de ne pas faire de bruit, d'être aux petits soins (il travaillait tellement!) c'était normal pour nous.

Cette attention, qui tournait à l'obsession, était totalement centrée sur lui. On avait peur de le voir arriver, peur de le contrarier, peur de ne pas répondre à ses attentes, peur d'entendre ses

rancœurs. Pour lui, rien n'allait bien : le monde courait à la catastrophe [...]. C'était de notre faute ou celle des autres. [...] Je me remettais en question et je croyais effectivement que j'étais coupable de tout. J'avais totalement perdu confiance en moi et n'osais plus rien désirer.

Le programme Al-Anon est basé sur la même approche que celui des Alcooliques Anonymes mais est adapté aux besoins spécifiques des proches.

J'ai commencé à prendre conscience de l'abus de l'alcool à la maison quand j'ai trouvé des bouteilles entamées à divers endroits : cave, bureau, chambre, jardin. Je surveillais en cachette le nombre de bouteilles qui disparaissaient, le

niveau de liquide, j'étais à l'affût des bruits des portes et d'escaliers. Les enfants faisaient aussi de même, à notre insu.

Cette vie devenait un enfer. Je me sentais seule car en société ou en famille rien ne se remarquait et je n'osais rien dire. [...] Les relations familiales et sociales se dégradaient. Je ne me reconnaissais plus, j'avais perdu mon échelle des valeurs, je me sentais enragée, impuissante, mal aimée, incomprise et surtout pleine de colère.

Perdue, j'ai téléphoné chez les AA qui m'ont dirigée vers les groupes Al-Anon (pour les familles des alcooliques). Ils m'ont été d'un grand secours parce qu'ils comprenaient ma souffrance, ce que j'endurais, la culpabilité et l'obsession qui m'habitaient. [...] Entendre différents témoignages m'a rassuré, je n'étais plus seule et on me comprenait.

J'ai appris que l'alcoolisme était une maladie, que je n'en étais pas responsable, que j'étais impuissante mais que je pouvais aller mieux grâce au programme d'Al-Anon. [...] En nous occupant davantage de nous, on sortait de l'emprise que mon mari exerçait sur nous. On lui donnait ainsi la possibilité de se reprendre en mains, de faire les bons choix pour lui.

Actuellement, il est devenu abstinent, nous allons tous beaucoup mieux et la vie a pris un autre sens. Nous avons chacun nos centres d'intérêt et restons vigilants. Il y a encore des difficultés de temps en temps [...] mais nous savons qu'il existe des outils pour nous en sortir, des personnes pour nous écouter, un programme pour nous aider à avancer dans tous les domaines de notre vie. Croyez-moi, ça marche ! »

Al-Anon

Al-Anon est une association créée aux États-Unis en 1941, quelques années après celle des AA, les Alcooliques Anonymes. Les groupes familiaux du même nom en sont cependant complètement indépendants. En 1957, Alateen² voit le jour. Il s'agit de la section d'Al-Anon qui s'adresse aux enfants et adolescents, partant du principe que ces derniers ont des besoins et questionnements spécifiques.

Dans le monde, on compte 26 000 groupes, disséminés dans 131 pays. Le premier groupe est apparu en Belgique en 1961. On en compte aujourd'hui 45 pour adultes et 3 pour adolescents en Wallonie et à Bruxelles et 72 pour adultes et 12 pour adolescents en Flandre. Il existe également deux groupes anglophones et un groupe d'expression polonaise dans la Capitale. En région germanophone fonctionnent également 5 groupes pour adultes.

La seule condition requise pour faire partie de l'asbl est que sa vie soit ou ait été

affectée par la consommation d'alcool d'un proche. Chaque membre est libre de choisir son groupe et quand il est présent ou non. Il n'existe pas de hiérarchie. Chacun prend dans le programme ce qui lui semble utile, en toute liberté. Tous les membres sont anonymes et tout ce qui se dit en réunion et entre membres est strictement confidentiel. Personne ne doit communiquer son identité, ni justifier son absence ou son départ d'Al-Anon. Les membres sont identifiés par leur prénom ou un pseudonyme, s'ils le désirent. Al-Anon ne demande ni frais d'inscription, ni cotisation. À la fin de chaque réunion, un 'chapeau' passe parmi les membres, où chacun met ce qu'il souhaite, en fonction de ses moyens, et en toute discrétion. Une structure de coordination existe dans chaque pays et au niveau mondial. Elle est composée essentiellement de bénévoles et financée par une partie des recettes des groupes, cédée sur base volontaire.

Al-Anon et les professionnels

Depuis sa création, Al-Anon collabore avec des professionnels actifs auprès des familles et amis d'alcooliques : médecins, infirmiers, conseillers, thérapeutes, assistants sociaux, avocats, policiers, équipes de ressources humaines en entreprises...

Al-Anon/Alateen peut leur proposer :

- des conférenciers et de la documentation pour leurs congrès, ateliers et réunions ;
- des réunions ouvertes ;
- des réunions dans les écoles, institutions et autres établissements ;
- des listes de réunions locales ;
- de la documentation gratuite.

² Le nom est formé des premières syllabes de Al-Anon et de Teenager (adolescent en anglais).

Martine Biset-Saucez, conseillère conjugale et familiale au Blé en Herbe (www.guidesocial.be/le-ble-en-herbe-pf), à Namur, a été invitée à une réunion Al-Anon. Elle témoigne...

« Les groupes de soutien sont complémentaires à mon travail thérapeutique. [...] En écoutant tous ces témoignages (de proches, ndlr) remplis d'humilité et de courage, j'ai été profondément émue et marquée. Cela a changé profondément les représentations que j'avais de la maladie alcoolique. Psychothérapeute, lorsque je reçois une personne ou un couple souffrant d'alcoolisme,

je repense toujours à ces groupes de soutien qui sont vraiment complémentaires avec l'entretien thérapeutique que je propose.

En effet, en individuel, il est important de pouvoir écouter la souffrance parfois terrible vécue par l'entourage, la solitude, la frustration de ne pas être compris, la colère, la honte, la peur, le découragement... Le 'travail psychologique' consiste surtout à mettre des mots sur ces émotions, à bien les distinguer en soi. Car souvent des amalgames se créent, submergent les personnes qui ne voient plus le bout du tunnel.

[...] La réunion Al-Anon se caractérise par un travail sur soi -bien précieux- entre personnes vivant les mêmes situations. Le travail thérapeutique que j'essaie d'instaurer, seul ou en couple, peut compléter parfois ce cheminement. »

Plus d'infos ? Asbl Al-Anon/Alateen, rue de la Poste, 111, 1030 Bruxelles.
Tél. : 02 216 09 08 (permanence le mardi et le jeudi, de 14 à 18h) - Internet : www.al-anon.be (vous y trouverez notamment l'adresse et l'horaire de la réunion la plus proche de chez vous).

Alimentation saine, du Mexique à la Belgique

Le programme « Vive Saludable » promeut une alimentation saine auprès d'adolescents mexicains, dans la petite localité rurale d'Ixtenco

Julie Luong

35 % des ados en surpoids

Le Mexique est le pays qui enregistre le plus haut taux d'obésité dans la population adulte, devant les États-Unis. Selon la dernière étude nationale, 35 % des adolescents entre 12 et 19 ans y souffrent d'excès pondéral (21,6 % de surpoids contre 13,3 % d'obésité).



Photo © Fotolia

Le diabète de type 2 touche quant à lui une proportion alarmante de jeunes adultes. Si la transition nutritionnelle – passage d'un mode de vie rural à un mode de vie occidental – est souvent invoquée comme un déclencheur d'obésité dans ce pays comme dans d'autres régions en voie de développement, les comportements lors des repas y sont peu étudiés et pris en compte. C'est donc sur ce facteur que s'est en particulier penché le Français **Romain**

Pierlot, doctorant à l'université de Tlaxcala au Mexique et responsable d'un programme de promotion de la santé auprès d'une communauté d'adolescents du centre-est du pays, à Ixtenco, une localité rurale de quelque 6 000 habitants. Lors de son stage au sein de l'APES à l'ULg, Romain Pierlot a par ailleurs pu mettre ce programme en lien avec les différentes initiatives prises autour de la promotion d'une alimentation saine en Fédération Wallonie-Bruxelles ces

dernières années. En dépit d'un contexte géographique, politique et culturel très différent, il identifie, çà et là, des pistes de réflexion communes, comme il l'a exposé l'été dernier au cours d'une journée de séminaire à l'ULg.

Le sens du surpoids

Romain Pierlot a élaboré son programme « Vive Saludable » sur le modèle Precede/Proceed de Green & Kreuter, un modèle de planification basé à la fois sur l'épidémiologie, les sciences sociales, les sciences comportementales et les sciences de l'éducation.

En prenant en compte la nature multifactorielle de la problématique, le modèle Precede/Proceed conduit logiquement à préconiser des mesures multidimensionnelles et multisectorielles. Une première enquête sur les associations sémantiques de 60 adolescents autour de mots-clefs comme 'sain', 'soda' ou 'diabète' a permis en particulier d'identifier les savoirs, croyances et lacunes afin d'élaborer les ateliers en fonction des besoins. Dispensés en collaboration avec des diététiciennes et une étudiante en psychologie, à raison d'une à deux heures hebdomadaires, les ateliers se sont déroulés sur une période de 15 à 17 semaines. « Nous avons d'abord présenté

le programme aux parents. Tous les jeunes ayant participé au programme sont des volontaires, avec un très bon taux de suivi du programme », explique Romain Pierlot. L'âge des volontaires – de 14 à 17 ans – est apparu d'autant plus pertinent que beaucoup de jeunes femmes tombent enceintes pour la première fois entre 16 et 20 ans dans cette région. « *Ce sont aussi des jeunes qui vont devoir prendre en charge l'alimentation de leur propre famille* », a expliqué Romain Pierlot sans toutefois vouloir s'avancer sur la répartition des rôles masculin et féminin dans la gestion des repas. « *Il y a un peu plus de filles qui ont participé aux ateliers mais sans différence prononcée* », a-t-il simplement observé. Au cours de ces ateliers souvent ludiques et dispensés en dehors du temps scolaire, les adolescents ont ainsi appris, entre autres choses, à composer un petit déjeuner – « *l'idée étant de montrer que c'est possible en 10 à 15 minutes, alors que le manque de temps est souvent invoqué pour expliquer l'absence de repas le matin* » – ou encore à déchiffrer les étiquettes. L'observation de leurs comportements – nourriture prise en position debout ou assise, seul ou en groupe – a permis de constater que les repas pris en solitaire et/ou en s'adonnant à une autre activité (télévision, téléphone, lecture...) incitaient à manger beaucoup plus vite, un facteur qui favorise en général la prise de poids. Au terme du programme, le chercheur a par ailleurs constaté une évolution des champs sémantiques, avec un renforcement de l'association entre alimentation et santé. Alors qu'au début, les mots 'obésité' et 'soda' étaient associés au physique avec des mots comme 'gros' ou 'gras', ils sont, en fin de programme, plus facilement associés à des termes comme 'maladie', 'surpoids', ou 'dégâts'.

S'alimenter dans et en dehors de l'école

Romain Pierlot a parallèlement analysé une série d'initiatives prises en Fédération Wallonie-Bruxelles autour de l'alimentation saine afin de 'nourrir' son travail, offrant par la même occasion un panorama des programmes en vigueur dans le sud du pays. Il a ainsi rappelé que le *Plan de promotion des attitudes saines* (PPAS), mis en place en 2005, se base sur un cahier de charges orienté sur l'alimentation saine, bio et durable et permet aux cantines des collectivités (écoles mais aussi centres de vacances, sportifs, d'accueil, de l'aide à la jeunesse...) de faire des

appels d'offres. Certaines structures comme les hautes écoles de diététique ont ainsi pu aider les écoles à choisir leurs fournisseurs. Lors du lancement du PPAS, le label 'Manger Bouger' a également été mis en place dans les écoles afin de valoriser la pratique physique, la distribution de fruits ou de potage et/ou de développer les pôles nécessaires à l'obtention du label. Or, si le succès est globalement au rendez-vous pour le maternel et le primaire, il en va autrement des écoles secondaires où l'alimentation apparaît comme une préoccupation mineure face aux problèmes d'absentéisme, de tabac, d'assuétudes ou de harcèlement. « *Dans une école, en Belgique, une année scolaire, ce sont 182 jours maximum, soit environ 140 repas. Dans une année, c'est moins d'un jour sur deux. Donc l'alimentation reste essentiellement un problème de la famille et de milieu socio-économique* », a par ailleurs rappelé Romain Pierlot, pointant l'importance de sensibiliser les parents, responsables de l'organisation des repas, à ces thématiques.

Ce sont les enjeux environnementaux, sociaux, énergétiques et culturels associés à la question alimentaire qui refont aujourd'hui surface.

Lors de son programme mexicain, le chercheur a ainsi privilégié les occasions – comme la fête municipale d'Ixtenco – de faire connaître « Vive Saludable » aux familles. Du reste, la prise en compte du degré d'autonomie des individus dans leurs choix alimentaires est également apparue comme un élément central. « *Au Mexique, les adolescents sont relativement livrés à eux-mêmes en ce qui concerne le choix des repas, notamment à midi, car ils reçoivent en général de l'argent de poche* », a-t-il expliqué. Pas de meilleure promotion de l'alimentation saine que celle qui permet à chacun de prendre des décisions en connaissance de causes... multiples (envie, santé, plaisir, budget, partage social, etc.).

Manger, une question de société

Romain Pierlot s'est également penché sur le programme *Viasano*, né à partir du programme

français EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants) et actuellement présent dans 20 villes et communes belges. En posant un diagnostic santé de la ville, *Viasano* permet de mobiliser l'ensemble de la communauté autour d'un projet commun : sécuriser un parc public, installer une fontaine à eau, une piste de skate, etc. Autant de mesures qui encouragent les activités physiques et en extérieur.

« *Un article publié en février 2015 par Vinck et collègues suggère que Viasano est prometteur en termes de prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes puisqu'on constate une légère baisse de ces critères dans les villes concernées* », a expliqué le chercheur. Enfin, Romain Pierlot a rappelé l'importance d'un réseau comme IDée qui, en rassemblant les associations locales actives autour de l'environnement et de l'alimentation au sens large ('Le début des haricots', 'Rencontre des continents', 'Jeudi Veggie'...), permet de coordonner les actions auprès des publics éducatifs, qui ne savent pas toujours où s'adresser. À travers ce panel d'initiatives et ce réseau en particulier, on constate que ce sont aussi les enjeux environnementaux, sociaux, énergétiques et culturels associés à la question alimentaire qui refont aujourd'hui surface. Car si la promotion d'une alimentation saine vise la réduction des inégalités sociales, c'est aussi en mettant au jour ces liens complexes entre assiette, santé et société qu'elle doit le faire.

« *Au Mexique, il y a clairement une mauvaise image de la nourriture traditionnelle comme le maïs par exemple, alors que c'est en réalité un aliment très sain et très intéressant sur plan nutritif* », a ainsi pointé Romain Pierlot. Or, travailler ces croyances dépasse largement les questions d'IMC et de diabète pour mobiliser, à rebours, la question de la transition nutritionnelle. Nul n'ignore plus que le retour vers des produits naturels, locaux, peu transformés est non seulement une clef pour mieux manger... mais aussi un choix de société. L'étude réalisée à Ixtenco va dans le sens de cette réflexion : s'il est intéressant que le champ sémantique de l'excès de poids et de la malbouffe soit, au terme d'un programme de ce type, associé à la santé plutôt qu'à l'apparence, il est tout aussi utile – et d'autant plus responsabilisant – d'en dévoiler les implications socio-culturelles, économiques, politiques, imaginaires, familiales... Autant de grains distincts dans un même épi d'excellent maïs.

RÉFLEXIONS

Améliorer la santé des migrants par le leadership et le sens de la responsabilité

Marie Dauvrin, infirmière et docteure en sciences de la santé publique, Institut de recherche santé et société, Université catholique de Louvain

Ces dernières années, les compétences culturelles ont été largement recommandées comme une des stratégies les plus prometteuses dans les services de santé pour réduire les inégalités de santé entre les migrants¹ et le reste de la population.

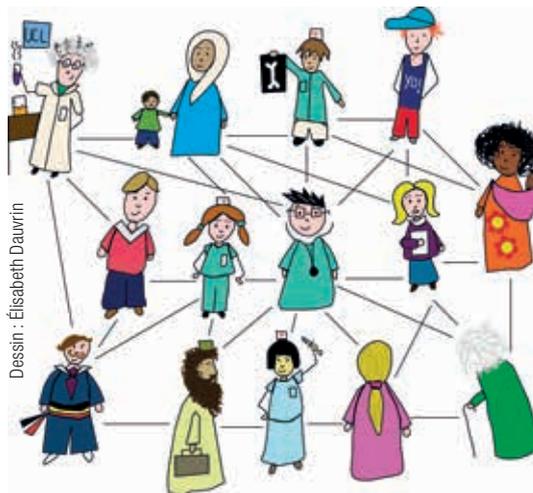
Les compétences culturelles, une solution pour la santé des migrants ?

Les compétences culturelles ? Un ensemble congruent d'attitudes, de pratiques et / ou de politiques qui, dans un système, une institution ou parmi des soignants permettent de travailler effectivement dans des situations interculturelles². Entre autres interventions, citons la médiation interculturelle, les programmes de promotion de la santé culturellement adaptés ou encore les formations en interculturelité.

Cependant, les effets des compétences culturelles sur les résultats de santé et sur les services de santé sont inconstants, voire contradictoires. En effet, la formation des professionnels de santé à l'interculturel peut, dans certains cas, augmenter les stéréotypes face aux patients migrants et donc le risque de préjudice tandis que dans d'autres circonstances, ces mêmes formations à l'interculturel améliorent positivement la sensibilité des soignants aux questions interculturelles et, par effet domino, accroissent la satisfaction des patients.

Ces effets contradictoires nous montrent que les mécanismes par lesquels les compétences culturelles agissent réellement sur les inégalités de santé restent donc méconnus. Même si des efforts conséquents sont investis dans l'approche interculturelle des soins de santé, la tendance générale est un accroissement des inégalités de santé pour les migrants.

Dernier point, et non des moindres, il apparaît que les compétences culturelles négligent, voire ignorent complètement le rôle joué par le contexte institutionnel et les relations interpersonnelles sur les attitudes des professionnels de santé. Or, le contexte de travail, les relations entre collègues, le



leadership... sont autant d'éléments susceptibles d'influencer la qualité des soins.

Responsabilité et leadership

Dans ce contexte, le projet de recherche COMETH (COMpétences in Ethnicity and Health) s'est penché sur la question des compétences culturelles en Belgique³. Deux questions de recherche ont été abordées dans ce projet.

Qui doit se sentir responsable de l'adaptation des soins dans des situations interculturelles ?

En effet, la plupart des programmes de compétences culturelles se centrent sur les professionnels de santé, faisant d'eux les principaux acteurs de changement. Ces programmes présupposent qu'un professionnel sensibilisé aux compétences culturelles se sentira responsable de s'adapter aux besoins des patients migrants. Cette assomption reste théorique. Le professionnel doit-il prendre l'entière responsabilité de l'adaptation ou doit-il, au contraire, la partager avec le patient ? Si le professionnel de santé est la personne la plus 'experte' en termes clinique et technique, puisqu'elle ou il a été formé à son métier de

soignant, il reste néanmoins que ce qui relève de l'empathie, de la gentillesse, du sens de la responsabilité est généralement assumé comme étant intrinsèque aux personnes et donc pas (toujours) appris durant la formation.

Les individus les plus populaires dans un service de soins influencent-ils les compétences culturelles de leurs collègues ?

Un soignant n'est jamais un acteur isolé dans un système : prendre soin d'un patient est une tâche collective et multidisciplinaire. Être culturellement compétent seul a peu de sens dans un projet de soins qui se doit

d'être collectif. De plus, les comportements des soignants peuvent être le résultat de normes, diffusées par les leaders. Ces normes peuvent être soit positives, soit négatives et influencer les pratiques des soignants.

COMETH, une recherche de l'UCL en Wallonie et à Bruxelles

Vingt-quatre services de santé, à Bruxelles et en Wallonie, ont participé au projet COMETH en 2012 : 5 maisons médicales et 19 unités de soins hospitalières (soins intensifs, psychiatrie, gériatrie, oncologie et pathologies infectieuses). Les services ont été répartis entre les milieux urbains et ruraux mais également sur la base de la présence ou non de migrants dans la zone géographique couverte par le service retenu. Les données ont été récoltées au moyen de questionnaires, comprenant un volet sociodémographique, des échelles de mesure des compétences culturelles et du sens de la responsabilité ainsi qu'un module sur les relations sociales. Des 569 répondants, 60 % étaient des infirmiers et aides-soignants et près de 80 % des femmes, avec un âge moyen de 38 ans.

1. Par migrant, il faut entendre les Belges d'origine étrangère, les demandeurs d'asile, les réfugiés et les personnes sans titre de séjour, les « sans-papiers ».

2. Traduction et adaptation par l'auteur de la définition de Cross et collègues, 1989.

3. Le rapport complet du projet COMETH est disponible sur simple demande à Marie Dauvrin, marie.dauvrin@uclouvain.be

La responsabilité ? Une affaire partagée

La responsabilité face à l'adaptation des soins de santé est une responsabilité partagée entre les professionnels de santé et les patients et dépend de la nature de l'adaptation concernée.

Si l'adaptation de la communication – fournir un interprète par exemple – relève de la responsabilité des professionnels de santé, l'adaptation aux valeurs du pays d'accueil – comme accepter un professionnel de santé du sexe opposé – semble relever de la responsabilité des patients. En revanche, les répondants ne se sont pas prononcés lorsqu'il s'agit de s'adapter aux représentations et croyances de santé des patients. Des analyses complémentaires montrent qu'être Belge, ne pas être médecin et travailler dans un service de soins de santé primaire sont des éléments associés avec le fait de rendre le patient responsable de l'adaptation.

Le leader informel, un acteur clé dans la question des compétences culturelles

Les résultats de l'analyse des relations sociales montrent que les leaders influencent positivement les compétences culturelles des équipes de soins, notamment lorsque les leaders ont une expertise en la matière. En d'autres termes, si les leaders informels sont culturellement compétents, alors les équipes de soins sont susceptibles d'être culturellement compétentes à leur tour. Cependant, cette influence positive des leaders n'est valable que dans deux circonstances interculturelles précises : la gestion des conflits et l'adaptation à des paradigmes différents. Les leaders formels quant à eux ont peu d'influence sur les compétences culturelles de leurs équipes.

Recommandations pour la pratique

Les professionnels de santé se sentant responsables de la communication, il est indispensable d'investir dans les interventions culturellement compétentes visant à promouvoir une communication efficace entre un professionnel de santé et son patient (migrant). S'assurer d'une bonne communication avec son patient est une première étape dans un processus d'adaptation réciproque entre le soignant et le patient : sans communication, il apparaît difficile de discuter des représentations de la santé et de la maladie, des

croyances, des valeurs et autres besoins que tant le soignant que le patient peuvent véhiculer. Travailler sur la communication nécessite d'abandonner le style paternaliste encore trop souvent présent dans la relation soignant-soigné et d'oser aborder avec son patient des thèmes comme les valeurs et croyances. L'absence de normes officielles de formation en matière de diversité⁴ et santé – contrairement aux pratiques québécoises, suisses ou britanniques – laisse un flou pour les soignants en quête d'une meilleure qualité des soins pour leurs patients migrants.

*Le contexte de travail,
les relations entre
collègues, le leadership...
sont autant d'éléments
susceptibles d'influencer
la qualité des soins.*

Ces normes de formation, voire d'agrément sur le modèle des Hôpitaux Promoteurs de Santé, peuvent également aider à l'implantation des compétences culturelles. En effet, tant que les professionnels de santé ne perçoivent pas

l'adéquation des compétences culturelles avec la prise en charge des migrants, il est peu probable que ces compétences soient implantées dans les services. Intégrer la question de la diversité dans les différents processus de qualité au sein des services de soins peut constituer une première étape vers des soins adaptés aux besoins de tous. Enfin, mieux inclure les leaders informels dans les projets, sans que cela ne se fasse au détriment de l'autorité formelle du chef de service, peut également constituer une piste à développer : former une 'championne' ou un 'champion' en compétences culturelles peut avoir un plus grand impact sur la qualité des soins, autant à court qu'à long terme, que de former l'entièreté d'un service.

En savoir plus ?

- Dauvrin M, Lorant V. (2014). Adaptation of health care for migrants : whose responsibility? BMC Health Services Research 14:294 – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005021>
- Dauvrin M, Lorant V. (2015). Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals: A Social Network Analysis. Nursing Research [Epub ahead of print] – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25871625>

Méthode d'analyse des réseaux sociaux

Valente définit l'analyse de réseau social comme une « *perspective théorique et un ensemble de techniques utilisé pour comprendre les relations [sociales] et comment elles affectent les comportements* » (traduction de Valente par l'auteure, 2010, p. 3). Par exemple, des médecins qui sont extrêmement connectés à leurs collègues sont moins susceptibles d'adopter des pratiques basées sur des données probantes, ce qui veut dire que la cohésion sociale entre des professionnels est susceptible d'empêcher la diffusion des innovations (Mascia et al.). D'autres études se sont penchées sur le rôle des relations sociales dans la diffusion du tabagisme chez les jeunes, l'obésité, les maladies sexuellement transmissibles ou encore les opinions politiques.

Dans le projet COMETH, la méthode de collecte des données est une méthode de recensement (aussi appelée 'données de réseau complet') pour identifier les relations sociales entre les professionnels de santé. Trois relations sociales existant dans un contexte professionnel ont été choisies : recherche de conseil, résolution de problème et socialisation. Chaque professionnel de santé a identifié les relations sociales qu'il a avec ses collègues dans une liste contenant les noms de tous les membres de son équipe. Le répondant devait s'identifier lui-même dans la liste pour permettre d'identifier l'émetteur de la relation. Cette étape était indispensable pour la validité de la partie « réseau social » du questionnaire. Les questionnaires ont ensuite été rendus anonymes afin d'éviter toute identification du répondant.

4. Et par diversité, nous entendons bien la richesse de la population belge, qu'il s'agisse de migrants ou d'autres personnes devant faire face à des situations de vulnérabilité.

–Dauvrin M, Lorant V. (2014). Competences in Ethnicity and Health COMETH. Rapport de recherche. Bruxelles : UCL-IRSS. <http://hdl.handle.net/2078.1/144426>

Références

- Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs MR. (1989). Towards a culturally competent system of care. Georgetown University, USA: Child Development Center.
- Mascia, D., Cicchetti, A., & Damiani, G. (2013). "Us and them": A social network

analysis of physicians' professional networks and their attitudes towards EBM. BMC Health Service Research, 13, 429. doi :10.1186/1472-6963-13-429

- Valente, T. W. (2010). Social networks and health: Models, methods and applications. (pp. 81-99). Oxford, UK: Oxford University Press.

Remerciements

COMETH a été financé par le Fonds de la Recherche Scientifique F.R.S.-FNRS, via une bourse de doctorat décernée à Marie Dauvrin.

Le bailleur de fonds n'a joué aucun rôle dans le design de l'étude, la collecte des données et l'interprétation des résultats. Les ressources informatiques ont été fournies par les installations de calcul intensif de l'Université catholique de Louvain (CISM/UCL) et le Consortium des Équipements de Calcul Intensif en Fédération Wallonie Bruxelles (CECI) financé par le F.R.S.-FNRS. L'auteure remercie Vincent Lorant, promoteur académique du projet.



OUTILS

Le langage des émotions

Description

Matériel

- 8 cartes symboliques
- 61 cartes émotions/sentiments
- 1 carte « Besoin/Désir »
- 8 cartes recto/verso d'éclairages théoriques et des mises en situation
- Sujets abordés :
 - Les objectifs
 - Précautions d'usage
 - Les émotions
 - Les émotions fondamentales
 - Émotions ou sentiments ?
 - Les émotions ont-elles un sexe ?
 - Explorer ces émotions
 - Les émotions sont-elles universelles ?
 - La découverte de soi et de l'autre au travers des émotions
 - La pleine conscience, outil de liberté ?
 - Se (re)connecter à ses sensations
 - Pas de mots pour le dire ?
 - Pour aller plus loin

Concept

Les émotions sont des réactions intimes de notre personne. Leur reconnaissance et leur expression – dès le plus jeune âge – favorisent une meilleure compréhension de soi et de l'autre et, à plus long terme, un meilleur ancrage dans le monde dans lequel nous vivons. L'apprentissage du langage émotionnel et

l'expression des sentiments pouvant nécessiter un petit coup de pouce, ce jeu a été développé comme une invitation à voyager au travers de ce qui nous anime afin d'y découvrir le riche panel de nos émotions.

L'outil se présente sous la forme d'un jeu – pédagogique et ludique – de 78 cartes. Chaque émotion est présentée au travers d'un personnage récurrent, délibérément asexué. Tant le corps que le visage s'expriment : un simple froncement de sourcil, un port de tête, un mouvement de bras ou de jambes ou encore un détail du décor permettent d'identifier l'émotion. Chaque carte est imprimée recto-verso, un côté au féminin, un côté au masculin, pour souligner l'égalité de genre dans le vécu des émotions.

Objectifs

- Découvrir le panel des émotions et sentiments et trouver les mots justes pour les exprimer.
- Favoriser la conscience de soi par la découverte et la compréhension des émotions et sentiments dans toutes leurs nuances.
- Apprendre à 'se penser en toute honnêteté' c'est-à-dire à accepter les émotions sans poser de jugement de valeur.
- Développer sa capacité à entendre les émotions et les besoins de l'autre (sans que cela implique nécessairement de devoir y répondre).
- Découvrir la dimension de genre dans l'expression des émotions.
- Prendre conscience de l'ancrage culturel dans

l'expression et/ou la répression de certaines émotions.

Public

Pour petits et grands, garçons et filles, sages et moins sages... À explorer individuellement, en couple, en famille, en classe ou en travail d'accompagnement (formation, coaching, thérapie...). Ce jeu s'adapte à tout type de public : enfants (dès 3 ans), adolescents, adultes, personnes en situation de handicap...

Utilisation

La carte Besoin/Désir permet d'ouvrir la réflexion sur les besoins sous-jacents aux émotions (physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime, d'accomplissement, d'autonomie, d'amour, de reconnaissance, de respect...) et de différencier des désirs dont la satisfaction procure du plaisir.

En fonction de la composition du groupe et/ou de la maturité des participants, vous choisirez de travailler avec les cartes/émotions qui vous semblent pertinentes. Avec, par exemple, les plus jeunes, les apprenants en 'français langue étrangère' ou Alpha ou encore les personnes en situation de handicap, il est conseillé de commencer avec les émotions qu'ils connaissent et identifient déjà pour élargir, petit à petit, le choix.

Bon à savoir

L'outil a bénéficié d'une nouvelle édition.

Prix (hors frais de port) : 10 euros.

Spécial écoles et collectivités : possibilité d'acheter des lots de 5 jeux minimum (sans boîte ni mode d'emploi) au prix de 25 euros (5 euros/pièce supplémentaire) – Commandes uniquement via info@fcppf.be
Commandes : envoyer un mail à info@fcppf.be
Le jeu est également disponible directement dans plusieurs librairies : voir la liste sur le site de la FCPPF.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial, FCPPF, Avenue Émile de Béco 109, 1050 Bruxelles.
Tél. : +32(0)2 514 61 03.

Courriel : info@fcppf.be. Internet : <http://www.fcppf.be> - <https://www.facebook.com/fcppf>

Dans les centres de prêt des centres locaux de promotion de la santé de Verviers, Huy-Waremme, Luxembourg, Namur et Charleroi-Thuin.

L'avis de PIPsa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPsa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2014.

Appréciation globale

Jeu de cartes aux nombreuses potentialités, l'outil permet d'amener du lien entre participants, sans distinction d'âge ou de culture ; l'accent est mis sur le commun de l'humain : l'universalité des émotions et des sentiments. Comme il laisse leur place aux émotions, il facilite la connexion à soi-même et, ce faisant, permet de nourrir/



construire son intelligence émotionnelle. Ce thème actuel est soutenu par des dessins explicites, utilisables pour les enfants, les jeunes et les adultes. L'outil facilite l'identification des émotions/sentiments, mais pas des besoins qui les sous-tendent. Peu de références fournies, mais des éléments suffisants et opérationnels pour une première approche. Les fiches d'accompagnement proposent des pistes d'utilisation (notamment le très intéressant lien corps/émotion) mais l'animateur peut en créer d'autres en fonction de ses objectifs. Seul impératif : l'utilisateur doit être prêt à accueillir toutes les émotions (y compris les siennes) sans 'prendre pour lui' et développer une attitude bienveillante (non définie/précisée dans le mode d'emploi). L'animateur installera un espace sécurisé pour l'utilisation de cet outil, avec notamment

l'autorisation explicite pour les participants de se situer en retrait.

Objectifs

- Découvrir l'éventail des émotions et des sentiments.
- Identifier son émotion et apprendre à la nommer.
- Rencontrer l'autre, à partir de nos émotions.
- Socialiser l'expression émotionnelle, sans jugement de valeur, en respectant les autres et leur différence.

Public cible

À partir de 6 ans Avec adultes, jeunes, en intergénérationnel.

Réserves

Sans installation d'un espace sécurisé par l'animateur pour l'utilisation de cet outil, avec notamment l'autorisation explicite de se situer en retrait, l'animation pourrait se révéler contre-productive (résistances, refus de s'impliquer, débordements émotionnels, boucs-émissaires, etc.).

Utilisation conseillée.

- En début ou fin d'animation, en individuel ou collectif.
- En consultation (psy, médecin, logopède...), dans l'aide à la jeunesse, à l'école...
- En classe, le laisser 'traîner' : petits trucs intéressants pour gérer les émotions, se relaxer, respirer...
- En famille.

LU POUR VOUS

Attrape-moi si tu peux !

L'autonomie du patient à l'épreuve du soin

Anne Le Pennec

Le respect de l'autonomie de la personne est l'un des quatre piliers de la bioéthique contemporaine. Un pilier quelque peu instable pour ne pas dire branlant dès lors qu'il est exposé aux pratiques de soin et à la réalité de certaines situations cliniques. Dans un ouvrage français publié début 2015, universitaires, soignants et associations de patients mêlent leurs voix pour éprouver la solidité d'un concept à géométrie variable, tout aussi puissant que fuyant.

Sur la couverture ivoire du livre figurent les noms de ses treize auteurs classés par ordre

alphabétique. Seuls manquent à l'appel ceux des associations dont les témoignages ont été écrits

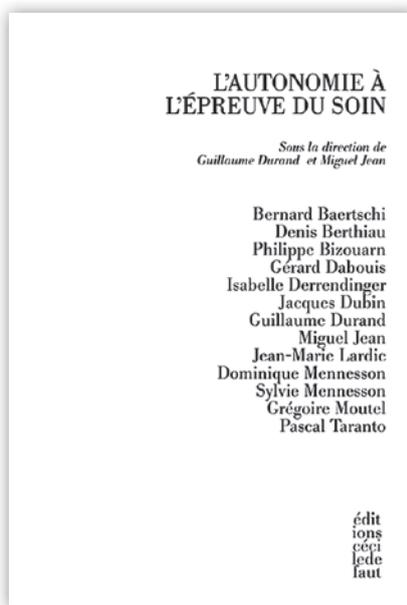
à plusieurs mains et sont rassemblés dans la dernière section baptisée 'Paroles de citoyens'.

Toutes ces contributions ont été rédigées à la suite d'une journée d'étude pluridisciplinaire organisée en 2013 par la Consultation d'éthique clinique du CHU de Nantes (France). L'intitulé de la rencontre est devenu le titre de l'ouvrage : *L'autonomie à l'épreuve du soin*. Pour une épreuve, c'est une épreuve qui consiste à cerner, en théorie mais aussi et surtout en pratique, ce qu'est l'autonomie de la personne et quelle est la place qui lui est accordée aujourd'hui dans le cadre singulier d'une relation de soin. Quand une femme souhaitant accoucher sous X se heurte à la maternité aux tentatives de l'équipe pour la convaincre de ne pas abandonner son enfant. Quand un vieil homme refuse de faire les examens nécessaires aux médecins pour savoir de quoi il souffre et pouvoir le soigner. Quand un patient accepte le remplacement de son cœur à bout de souffle par une prothèse mécanique, traitement expérimental dont on ne connaît pas l'évolution à long-terme. Quand une femme engagée dans un protocole de procréation médicalement assisté décide seule de le modifier pour s'éviter un énième échec. Quand un couple se rend à l'étranger pour avoir recours à la gestation pour autrui, faute d'une législation favorable dans son pays.

“Voilà au moins pour le principe”

Les contributeurs ne sont pas dupes. Pour dessiner les contours et les reliefs de l'autonomie du patient, ils savent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de tourner autour du pot, apportant leur pierre à l'édifice collectif qui est le seul qui vaille. Chacun y va donc de son éclairage singulier sur ce principe équivoque et polysémique, convoquant, qui la philosophie, l'éthique ou le droit, qui son expérience de soignant ou de patient. « *Être autonome, c'est se déterminer soi-même, et n'importe quel étudiant frotté de Rousseau ou de Kant sait qu'obéir à la loi qu'on se donne à soi-même est liberté* ». Voilà au moins pour le principe », avance, prudent, le philosophe **Pascal Taranto**.

« *L'autonomie est la capacité de la personne à choisir sans se laisser dominer par une autorité extérieure ou une tendance naturelle* », affirme le professeur de médecine **Jacques Dubin**. « *Alors que la loi s'inscrit dans une vision collective de l'organisation sociale, l'autonomie renvoie à la décision individuelle face aux autres décisions,*



en particulier celles du collectif », souligne **Denis Berthiau**, spécialiste de législation biomédicale. « *L'individu autonome agit librement en accord avec un projet qu'il a lui-même choisi, comme le fait un gouvernement indépendant qui administre ses territoires et met en place ses politiques* », rapporte le philosophe suisse **Bernard Baertschi** citant un extrait des *Principes de l'éthique biomédicale*¹, avant de s'aventurer un peu plus loin : « *L'autonomie est un concept en faisceau [...] Mais ce faisceau est suffisamment bien lié pour qu'il évoque une famille de notions somme toute assez précise. Je risque la liste suivante : indépendance, liberté, souveraineté, autorité, identité, authenticité, agentivité, contrôle, vie privée, capacité à décider, réflexivité et pensée critique.* » Vous reprendrez bien un peu votre souffle avant de poursuivre ?

Une priorité absolue ?

L'autonomie du patient n'a jamais été aussi plébiscitée qu'aujourd'hui, époque où il est majoritairement admis qu'il faut la respecter et qu'il est légitime, en tant que patient, de la faire valoir. Elle est un pré-requis à la capacité d'opérer un choix libre, notamment celui de consentir ou de refuser un traitement ou un examen de santé.

Sabrez l'autonomie d'un individu et c'est toute la valeur de son consentement qui s'effondre alors que celui-ci est au cœur de l'éthique médicale et de son paradigme actuel : la co-construction de la décision médicale. Le paternalisme médical si longtemps dominant est aujourd'hui dépassé,

rappellent les auteurs à plusieurs reprises. Reste que pour prendre part à la décision médicale, il faut en connaître les tenants et les aboutissants, autrement dit disposer des faits et avoir conscience des enjeux et des conséquences des choix qui s'offrent à nous.

L'information joue à cet égard un rôle déterminant. La loi française impose qu'elle soit suffisamment claire et adaptée pour que le patient puisse exercer sa liberté de jugement et de décision. Le médecin est tenu de faire le nécessaire pour la lui délivrer. Cette information-là est un droit, que chacun peut choisir d'exercer ou pas, pour savoir ou au contraire rester dans l'ignorance de tout ou partie de son état de santé. Il en va là aussi de son autonomie.

Dans le chapitre qu'il signe, le **D^r Grégoire Moutel** met en garde contre les écueils et les dérives d'une autonomie qui donnerait en toutes circonstances la priorité aux choix individuels. « *Une société qui reconnaîtrait à chaque individu un droit de n'en faire qu'à sa guise dans ses choix de santé serait une société qui oublierait que la médecine appartient au domaine du bien commun, régi par des valeurs et des règles collectives établies au fil du temps* », souligne-t-il. Une telle société « *pourrait in fine être déresponsabilisante, retirant à la collectivité et aux professionnels la possibilité d'agir selon des arguments validés collectivement.* »

Sur toutes ces tensions qui accompagnent la montée en puissance de l'autonomie du patient, le livre fournit de précieux éléments de réflexion puisés tout autant dans les sciences humaines que dans la réalité des situations cliniques et des expériences vécues autour de la gestation pour autrui, de la procréation médicalement assistée, de la fin de vie, du don d'organe, du handicap sévère ou de l'accouchement sous X. Une fois le livre refermé, reste la sensation inconfortable de ne plus trop savoir ce qu'est l'autonomie et de nager dans le doute. Vous pensiez là l'attraper et voilà qu'elle vous glisse entre les doigts, plus insaisissable que jamais. Alors on commence à comprendre ce qu'est l'éthique médicale et dans quel brouillard ceux qui la pratiquent cherchent leur chemin.

L'autonomie à l'épreuve du soin, ouvrage collectif sous la direction de Guillaume Durand et Miguel Jean, éd. Cécile Defaut, 2015.

1. Tom Beauchamp et James Childress, *Principes de l'éthique biomédicale*, Éd. Les Belles Lettres.



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

L'équipe d'Éducation Santé
vous souhaite
une douce année 2016

Sommaire

ÉDITORIAL

- 2 Régionalisation de la promotion de la santé ?
par *Christian De Bock*

INITIATIVES

- 2 Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible,
par la *Plate-forme prévention sida*
- 4 Le 24 mars, une journée consacrée à l'éducation par les pairs, par *Carole Feulien*
- 5 Inégalités de santé : les enfants d'abord,
par *Christine Ferron*
- 7 L'alcoolisme, un mal familial
Les groupes AI-Anon/Alateen, pour soutenir les proches des personnes alcooliques,
par *Carole Feulien*
- 9 Alimentation saine, du Mexique à la Belgique,
par *Julie Luong*

RÉFLEXIONS

- 11 Améliorer la santé des migrants par le leadership et le sens de la responsabilité,
par *Marie Dauvin*

OUTILS

- 13 Le langage des émotions

LU POUR VOUS

- 14 Attrape-moi si tu peux, l'autonomie du patient à l'épreuve du soin,
par *Anne Le Pennec*

Sur notre site www.educationsante.be

Chaque mois, Éducation Santé vous propose des articles inédits, disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- L'enquête de santé par interview, cinquième et dernier épisode, par *Christian De Bock*
- Les autorités fédérales investissent dans la recherche clinique, par le *KCE*
- La promotion de la santé et la prévention en Wallonie en 2016, par *Maxime Prévot*
- 10 mythes et réalités en matière d'alimentation et de cancer, par la *Fondation Contre le Cancer*
- Carte blanche 'VIH et hépatites, une seule politique qui vaille : la santé publique, par la *FEDITO Bruxelles* et le *Réseau Hépatite C Bruxelles*
- Difficultés et pistes pour un dialogue entre musulmans et non musulmans, par la *Fondation Roi Baudouin*
- Le Plan national sida se fait attendre depuis 2013!, par *Ecolo*

Surfez donc sans plus attendre sur

www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :

www.facebook.com/revueeducationsante
ou www.twitter.com/EducationSante

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Marie Dauvin, Ecolo, FEDITO Bruxelles, Christine Ferron, Fondation Contre le Cancer, Fondation Roi Baudouin, KCE, Anne Le Pennec, Julie Luong, Plate-forme prévention sida, Maxime Prévot, Réseau Hépatite C Bruxelles.

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

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design et développement).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Sarah Lefèvre, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 1 300 exemplaires. **Diffusion :** 1 200 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 500 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation 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 *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles

sur notre site www.educationsante.be.

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



Wallonie

Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

