

numéro

371

Mai-Juin 2004 - 6 €

# LA Santé

de l'homme



## L'Europe

### à l'heure de la promotion de la santé

**Des ateliers-santé mixtes** pour améliorer l'estime de soi

**Exposition au soleil**  
Un risque sous-estimé

**International**  
L'Algérie expérimente le sevrage tabagique

Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé

**inpes**  
www.inpes.sante.fr

est éditée par :  
**L'Institut national de prévention  
et d'éducation pour la santé (INPES)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
La Santé de l'homme sur Internet :  
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :  
**Philippe Lamoureux**

**RÉDACTION**  
Rédacteur en chef :  
**Yves Géry**  
Secrétaire de rédaction :  
**Marie-Frédérique Cormand**  
Assistante de rédaction :  
**Danielle Belpaume**

**RESPONSABLES DES RUBRIQUES :**  
Qualité de vie : **Christine Ferron**  
<christine.ferron@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>  
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**  
<abeq@club-internet.fr>  
La santé en chiffres : **Hélène Perrin-Escalon**  
<helene.perrin@inpes.sante.fr>  
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**  
<mclamarre@iuhpe.org>  
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures : Centre de documentation  
<doc@inpes.sante.fr>

**COMITÉ DE RÉDACTION :**  
**Laure Carrère** (Service de santé de la mairie  
de Nanterre), **Dr Michel Dépinoy** (INPES),  
**Alain Douiller** (Ades du Rhône), **Annick  
Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (INPES),  
**Laurence Fond-Harmant** (Société française  
de santé publique), **Catherine Gaquière**  
(ministère de la Jeunesse, des Sports et de la  
 Vie associative), **Sylvie Giraud** (Fédération  
nationale de la Mutualité française), **Marie-  
Claude Lamarre** (Union internationale de pro-  
motion de la santé et d'éducation pour la santé),  
**Anne Laurent-Beq** (Crea Développement  
Social), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe  
Lecorps** (École nationale de santé publique),  
**Éric Le Grand**, **Claire Méheust** (INPES),  
**Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni**  
(ministère de l'Éducation nationale, de l'Ensei-  
gnement supérieur et de la Recherche), **Syl-  
vie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction  
générale de la Santé), **Bernadette Roussille**  
(Inspection générale des affaires sociales), **Dr  
Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vin-  
cent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe-  
et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

**FABRICATION**  
Création graphique : **Frédéric Vion**  
Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

**ADMINISTRATION**  
Département Diffusion-Gestion des abonne-  
ments : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2004.  
Tirage : 12 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la respon-  
sabilité de la rédaction

**Vous travaillez dans les secteurs  
de l'éducation, de la santé ou du social ?**

# LA Santé de l'homme

**Un outil de travail et de réflexion pour  
les acteurs de l'éducation pour la santé.**

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention
- actualiser vos connaissances



**Je souhaite m'abonner au tarif :**

- France métropolitaine  
1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine  
2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants  
1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer  
1 an (6 numéros) **38 €**

Soit un montant de €

**Je recevrai un numéro gratuit parmi  
les numéros suivants** (en fonction des  
stocks disponibles) :

- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la  
santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les acci-  
dents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants,  
N° 357.
- De l'alimentation à la santé, N° 358.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital,  
N° 360.
- Éducation pour la santé et petite en-  
fance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé,  
N° 362.

**Soit un montant total de ..... €**

- Ci-joint mon règlement par
- chèque bancaire
  - chèque postal à l'ordre de l'INPES
  - Veuillez me faire parvenir une facture

Nom .....

Prénom .....

Organisme .....

Fonction .....

Adresse .....

Date et signature : .....

SH 371

## ► Aide à l'action

**Des ateliers-santé mixtes, pour améliorer l'estime de soi**  
*Sarah Vozelle, Nathalie Brodt, Corine Sebban* . . . . 4

## ► La santé en chiffres

**Les Français sous-estiment les risques d'exposition au soleil**  
*Cécile Fournier, Julie Bottéro* . . . . . 6

## ► International

**L'Algérie se lance dans le sevrage tabagique**  
*Mokhtar Hamdi Cherif* . . . . . 8

## Dossier

### L'Europe à l'heure de la promotion de la santé

#### Éditorial

**La promotion de la santé, un champ en devenir dans une Europe élargie**  
*Marie-Claude Lamarre* . . . . . 12

#### Promotion de la santé : regards sur l'Europe

**À quoi ressemble l'Europe de la promotion de la santé ?**  
*Erio Ziglio, Christine Brown* . . . . . 13

**Il y a plusieurs Europes de la promotion de la santé**  
*Michel O'Neill* . . . . . 15

**Entreprises favorables à la santé : une utopie en marche en Europe**  
*Gregor Breucker* . . . . . 17

#### Une Europe partagée entre plusieurs modèles

**Comment articuler recherche, politique et pratique ? Le Royaume-Uni, cas d'école**  
*Don Nutbeam* . . . . . 21

**Espagne : passer de la prévention à la promotion de la santé**  
*Concha Colomer, Rosana Peiró* . . . . . 24

**Lutte contre le sida : la méthode roumaine s'exporte chez les voisins**  
*Irina Dinca, Alexandru Rafila* . . . . . 28

#### Promotion de la santé : qui fait quoi en Europe ?

**La promotion de la santé passe aussi par l'Union européenne**  
*Jérôme Voiturier* . . . . . 32

**Une « Union internationale » pour la promotion de la santé**  
*Marie-Claude Lamarre* . . . . . 35

#### L'Europe s'organise en réseaux

**Santé mentale : un remue méninges européen**  
*Éva Jané-Llopis* . . . . . 36

**Éducateurs de rue, un réseau Nord-Sud autour de l'Europe**  
*Edwin de Boevé* . . . . . 38

**Master européen de promotion de la santé, une lente gestation**  
*Catherine Jones* . . . . . 40

**Vingt pays européens pour une base de données en ligne**  
*Catherine Jones* . . . . . 41

**Drogues : un portail européen nommé Elisad**  
*Thomas Rouault, Anne Singer* . . . . . 42

**Pour en savoir plus**  
*Sandra Kerzanet, Anne Sizaret* . . . . . 43



Dossier illustré par Sylvie Massoud

**► La santé à l'école**  
**Léa et le feu, un coffret pédagogique d'éducation à la santé pour les 8-10 ans**  
*Bruno Housseau* . . . . . 48

**► Lectures-outils**  
*Olivier Delmer, Sandra Kerzanet, Fabienne Lemonnier* . . . . . 52

# Des ateliers-santé mixtes, pour améliorer l'estime de soi

**Depuis 2001, le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) de Meurthe-et-Moselle a mis en place des ateliers image de soi qui rassemblent des hommes et des femmes. La dynamique engendrée par cette mixité montre que, pour un public masculin, la confiance en soi peut aussi passer par une réflexion sur l'apparence. Avec un regard croisé féminin qui s'avère très valorisant.**

Depuis trois ans, le Codes de Meurthe-et-Moselle travaille en collaboration avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)<sup>1</sup>, qui accueillent des hommes, des femmes et des familles en difficultés sociales du département dans le cadre d'ateliers santé. Une quinzaine de modules différents sont proposés, parmi lesquels l'accès aux soins, l'hygiène de vie, etc.

Ces modules sont animés par des professionnels du champ du soin, de la prévention et de l'accompagnement social ; dans chacun d'eux, un panel d'activités est décliné de manière à construire des ateliers « à la carte » en fonction des objectifs du public et de ses attentes ; ces ateliers se déroulent par groupes de cinq à dix personnes.

Le travail sur l'image de soi a été inclus dans les thèmes proposés. Ce module est articulé autour de deux activités :

- la première, intitulée « le look », a pour objectifs de permettre aux participants de découvrir des techniques pour un mieux-être, d'apprendre à se valoriser, de travailler le lien entre la santé et l'image de soi. Cette séance dure environ deux heures et se déroule en quatre temps. À chaque temps correspond un outil différent permettant de faciliter la discussion entre les participants ou de recentrer la réflexion sur soi. Le premier temps est consacré à une discussion sur l'apparence, sa place dans la communication, ce qu'elle donne à voir de chaque personne. Le groupe échange autour de l'importance

accordée ou non à l'apparence dans les relations sociales.

Le second temps est un temps d'échange collectif sur ce qui plaît ou déplaît dans l'apparence. Le support utilisé est le photolangage, créé par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme (ISPA). Les images sont en noir et blanc, plutôt réalistes.

Le troisième temps permet à chacun de s'interroger sur ses atouts, les éléments auxquels on attache de l'importance pour soi et ceux qui semblent plus accessoires. Un blason sert de support à cette réflexion. Il comprend cinq cases consacrées à l'apparence de chacun : les atouts, les soins du corps, les accessoires et/ou le maquillage, le physique et le style.

Enfin, un essayage de vêtements est proposé aux participants. Chacun peut se transformer, échanger avec d'autres et choisir la tenue, qui lui est offerte et avec laquelle il repartira. Chacun choisit – dans une malle de vêtements mise à disposition – une tenue qui lui plaît et une qui ne lui plaît pas. Le groupe commente les choix de chacun, conseille.

Ces deux activités sont coanimées. Différents intervenants ont pris en charge ces ateliers : une esthéticienne, une conseillère en économie sociale et familiale, une chargée de projets, une psychologue.

- Une seconde activité, « l'atelier esthétique », permet aux participants de bénéficier gratuitement d'un soin du

visage et du haut du corps et d'un soin des cheveux. Cette activité est organisée avec une école de coiffure et d'esthétique. Cette séance est animée par des élèves de l'école, encadrés par leurs professeurs. Elle dure environ deux heures trente, au cours desquelles un échange s'établit entre les élèves et les participants. Les élèves donnent des conseils, font des propositions en fonction des goûts et des moyens de chacun. Les tarifs proposés par l'école permettent aux participants d'y retourner ensuite seuls s'ils le souhaitent. Après quelques réticences, les hommes aussi participent à cette activité.

On pourrait penser que cette activité est exclusivement proposée et demandée par un public féminin. Dans les CHRS du département, cette activité a aussi été proposée aux hommes. Et l'on constate qu'après quelques réticences les hommes aussi – une vingtaine d'entre eux – ont finalement décidé de participer, soit *via* des groupes mixtes, soit en groupes uniquement constitués d'hommes.

Un certain nombre d'outils ont été adaptés en fonction des populations. Ainsi, une interprète polonaise a été associée à l'activité dans les centres d'hébergement où de jeunes Polonais constituaient le public de l'atelier. Pour ce faire, le blason a été traduit.

### Lever les tabous...

À la difficulté de travailler sur soi vient s'ajouter pour le public masculin une représentation de ce type de préoccupation comme exclusivement

féminine. Il est donc nécessaire pour les intervenants de faire un double travail : lever un certain nombre de résistances spécifiques et permettre aux participants de renouer avec leur propre corps, de reprendre confiance en eux.

La composition des groupes, et notamment la mixité, favorise ce travail. Les regards sont différents, et le fait de retrouver une place d'homme et de femme au sein du groupe est un élément moteur de la dynamique.

Le groupe est également un élément précieux dans le travail de valorisation. Son soutien est particulièrement utile dans le cadre de l'animation utilisant le blason comme support. En effet, rares sont les participants qui peuvent d'emblée exprimer leurs atouts. Chacun peut dire ce qu'il aime ou pas en général, mais les participants ont logiquement plus de difficultés à parler d'eux. La présence des autres participants permet à chacun de remplir la case des atouts. Le regard du groupe est alors bienveillant et valorisant.

Comme dans toute animation collective, l'animateur est un acteur clef de l'activité. Particulièrement dans le cadre de ces ateliers, il doit être le garant du respect au sein du groupe, il doit accompagner dans la valorisation de chaque participant, rebondir, relancer. Mais, sans être un spécialiste de l'image, il doit aussi être en capacité de donner des conseils pratiques, d'orienter les participants dans leurs choix.

Enfin, il doit poser, comme toujours, les règles de fonctionnement du groupe et notamment la confidentialité. Les commentaires du groupe, les choix de chacun appartiennent au groupe.

### Plaisir de s'occuper de son apparence

Le public masculin est particulièrement impliqué dans la première activité, celle du travail sur le « look ». Les participants disent être agréablement surpris par l'intérêt et le plaisir qu'ils ont pris aux échanges. Le fait d'être confrontés à d'autres regards, y compris féminins, est perçu comme valorisant. Le travail sur les vêtements est particulièrement apprécié et la plupart des participants se sont approprié la tenue choisie, l'ont souvent portée. Ils ont aussi découvert ou redécouvert le plaisir

de s'occuper de leur apparence et cela n'est pas sans conséquences sur la qualité de leurs relations avec les autres. L'atelier semble avoir redonné à chacun l'autorisation de s'occuper de lui et de son corps. Le plus important est sans doute là. Se confronter au regard des autres dans un climat de confiance, être autorisé à parler et prendre soin de soi sont autant d'éléments qui participent à la construction d'une image de soi plus positive.

Cette expérience trouve son originalité dans le fait de proposer ce type d'activité à des groupes mixtes. Les ateliers sur l'image de soi sont, en effet, souvent proposés à des publics féminins et certains professionnels eux-mêmes éprouvent quelques résistances à intégrer des hommes, soit parce qu'ils apparaissent plus difficiles à mobiliser, soit parce que le sujet semble plus complexe à aborder. Certes, cela nécessite d'adapter les contenus mais ni plus ni moins que dans toute démarche de promotion de la santé. Et cette appro-

che permet aussi de proposer aux hommes un moment de réflexion moins centré sur l'emploi et l'insertion professionnelle et plus ouvert vers la vie sociale et les relations aux autres. Cela évite peut-être d'introduire une division sexuelle des activités où la dimension ludique et créative est réservée aux femmes et la dimension « productive » aux hommes.

**Sarah Vozelle**

Coordinatrice,

Codes Meurthe-et-Moselle.

**Nathalie Brodt**

Travailleur social, référente santé

Foyer du Grand-Sauvoy, Maxéville.

**Corine Sebban**

Esthéticienne,

Nancy.

*1. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale accueillent des adultes, des familles, des couples en grande difficulté sociale. Ils assurent un suivi global des personnes accueillies (droits, santé, travail, logement, etc.) et organisent des activités collectives, de loisirs, d'animation, d'information, etc. L'objectif visé pour les personnes accueillies est une réinsertion par le logement et/ou l'emploi.*

# Les Français sous-estiment les risques de l'exposition au soleil

**Les Français connaissent partiellement les risques du soleil pour la peau, mais méconnaissent les risques pour les yeux. Les mesures de protection ne sont pas utilisées de manière optimale. Tel est le constat qui ressort d'une étude menée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et qui a permis d'orienter la nouvelle campagne de prévention lancée cet été.**

### Bienfaits et risques liés au rayonnement ultraviolet

Le soleil joue un rôle important dans notre vie et participe à notre bien-être physique et moral. Cependant, l'excès de soleil, de par son rayonnement ultraviolet (UV), est dangereux pour la peau et les yeux. Il favorise l'apparition de cancers de la peau, dont l'incidence est en augmentation constante en France. Celle des mélanomes – liés en grande partie à des expositions solaires intenses et répétées pendant l'enfance – a été estimée à 7 231 nouveaux cas en 2000, dont 42% chez les hommes et 58% chez les femmes. Entre 1980 et 2000, ce chiffre a été multiplié par quatre chez les hommes et par trois chez les femmes. Les mélanomes ont été responsables de 704 décès masculins et 660 décès féminins en 2000, soit une multiplication par deux de la mortalité en vingt ans<sup>1</sup>.

L'incidence des autres cancers cutanés, liés à l'exposition au soleil cumulée au cours de la vie et moins graves en termes de mortalité, a été estimée supérieure à 50 000 nouveaux cas en 2000<sup>2</sup>. Le rayonnement UV joue également un rôle dans l'apparition de cataractes, pour lesquelles 450 000 opérations ont été réalisées en France en 2001<sup>3</sup>, et dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), aujourd'hui, la première cause de cécité en France, touchant environ un million de personnes de plus de 50 ans (12 % des personnes de 65 à 75 ans)<sup>4</sup>.

### Enquête et campagne d'information

En janvier 2004, l'INPES et BVA ont mené une enquête par téléphone<sup>5</sup> afin

d'explorer les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français dans le domaine des risques liés aux rayonnements ultraviolets. À partir des résultats de cette enquête, l'INPES a élaboré, en lien avec un groupe d'experts, des dépliants d'information exposant les risques liés aux UV et donnant des conseils pratiques pour se protéger du soleil à tout âge<sup>6</sup>.

### Résultats de l'enquête INPES/BVA

#### Un goût certain pour le bronzage

Si 55% des personnes interrogées dans l'enquête INPES/BVA, hommes ou femmes, disent aimer être bronzés, ce chiffre varie de manière importante avec l'âge : les jeunes de 15 à 24 ans sont 79% à aimer être bronzés, alors que les plus de 65 ans ne sont que 38%. Les comportements d'exposition solaire déclarée sont conformes avec ces résultats.

#### Une connaissance partielle des risques

D'après l'enquête, les Français connaissent les risques des rayons solaires pour la peau : 91% d'entre eux citent spontanément les cancers de la peau, 39% les brûlures et coups de soleil et 30% le vieillissement de la peau. Toutefois, ces connaissances sont imparfaites et contradictoires : 52% seulement du grand public sait que c'est durant la petite enfance que les rayons du soleil sont les plus nuisibles pour la peau ; et même si 90% du grand public est d'accord avec l'affirmation que les coups de soleil de l'enfance sont un facteur de risque de cancer de la peau à l'âge adulte, 44% des personnes inter-

rogées se contredisent en affirmant que les coups de soleil de l'enfance sont sans gravité s'ils sont bien soignés et 22% en estimant que les coups de soleil de l'enfance préparent la peau en la rendant moins vulnérable. Les risques pour les yeux sont très peu connus : 6% des personnes évoquent le risque de « s'abîmer les yeux à long terme », 2% celui de cataracte et 2% celui de « se faire mal aux yeux sur le moment ». Une connaissance incomplète des moments auxquels le rayonnement UV est le plus fort.

C'est au cours des quatre mois (mai à août) encadrant le solstice d'été (le 21 juin) que le rayonnement UV est le plus fort, or les Français citent majoritairement les mois de juillet et d'août. Ils déclarent d'ailleurs se protéger moins bien du soleil durant les week-ends des mois de mai et juin.

C'est au cours des 4 heures (12 à 16 heures) encadrant le midi solaire (14 heures en France métropolitaine) que le rayonnement UV est le plus fort, or seule la moitié des Français connaît la dangerosité de la tranche horaire 15-16 heures.

#### Une utilisation disparate des méthodes de protection

Lors d'une journée ensoleillée d'été, les méthodes de protection citées<sup>7</sup> comme utilisées systématiquement sont l'évitement des heures les plus ensoleillées (58% du grand public), le port d'un vêtement couvrant (52%), de lunettes de soleil (51%), d'un couvre-chef (28%) et l'application de crème solaire (34%).

## Risques liés aux rayons solaires cités spontanément par les personnes interrogées

(en pourcentage des personnes interrogées, âgées de 15 ans et plus)

Cancers de la peau	91 %
Risques de brûlure avec les coups de soleil	39 %
Vieillesse ou dégénérescence de la peau	30 %
S'abimer les yeux à long terme	6 %
Insolation – Coup de chaleur	4 %
Taches (brunes) – Boutons – Réactions épidermiques, allergiques – Dépigmentation	3 %
Augmenter le risque de cataracte	2 %
Déshydratation – Manque d'eau	2 %
Se faire mal aux yeux sur le moment	2 %
Autres	6 %
(nsp)	2 %

■ Risques cutanés ■ Risques oculaires ■ Autres

Les parents et grands-parents d'enfants de moins de 6 ans déclarent utiliser un peu plus ces mesures (pour eux-mêmes) que ne le fait le grand public, et déclarent les utiliser presque toujours pour leurs enfants et petits-enfants (plus de 80 % en ce qui concerne l'évitement des heures les plus ensoleillées, le port d'un chapeau et d'un vêtement couvrant et l'application de crème solaire). Chapeaux et casquettes, très utilisés pour les petits enfants (91 %), le sont peu par les adultes (28 %).

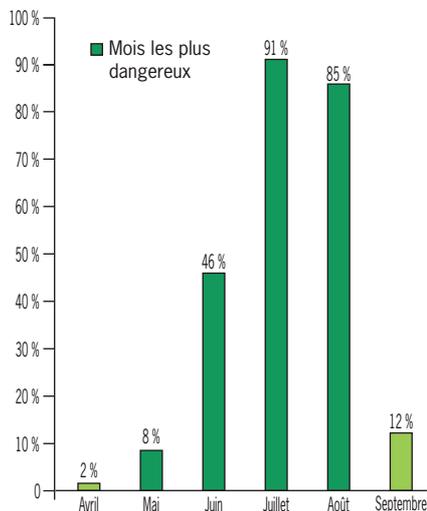
En revanche, si 53 % des parents et grands-parents disent porter des lunettes de soleil, ils ne sont que 39 % à en

faire porter aux enfants. Les critères de choix à l'achat des lunettes sont le plus souvent la qualité des verres (73 %), l'aspect esthétique (52 %), moins souvent le prix (35 %) et rarement le caractère couvrant de la monture (18 %), qui est pourtant un facteur de protection important.

Les personnes interrogées disent rester exposées plus longtemps au soleil lorsqu'elles ont mis de la crème solaire. Or, les experts s'accordent sur le fait que la crème complète les autres mesures de protection, mais qu'elle ne doit en aucun cas amener à un allongement de la durée d'exposition<sup>8</sup>.

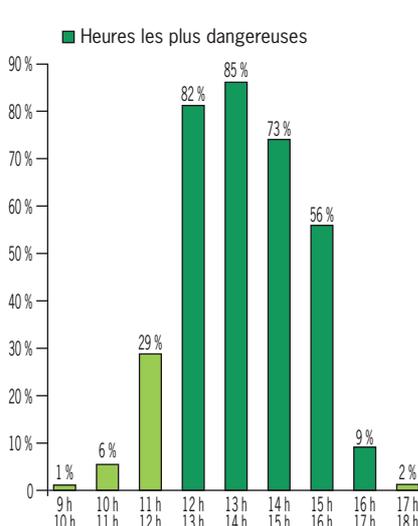
## Mois cités comme ceux durant lesquels le rayonnement solaire est le plus fort

(en pourcentage des personnes interrogées, âgées de 15 ans et plus)



## Heures d'exposition au soleil citées par les Français comme les plus dangereuses en été

(en pourcentage des personnes interrogées, âgées de 15 ans et plus)



## Pour l'avenir

Une faible majorité des personnes interrogées (54 %) déclare utiliser plus de mesures de protection solaire ces dernières années qu'auparavant ; ce taux apparaît toutefois corrélé au niveau de diplôme et à la perception du degré d'information qu'ont les personnes interrogées.

Pour permettre aux Français, enfants et adultes, d'améliorer leurs connaissances et leurs comportements vis-à-vis du risque solaire, il serait important de mettre en œuvre des actions de prévention de proximité. Il serait également pertinent de porter une attention particulière aux aspects environnementaux permettant réellement aux personnes de se protéger, tels que l'aménagement de zones ombragées dans les écoles et les lieux publics.

**Cécile Fournier**

Médecin conseiller technique,

**Julie Bottéro**

Interne de santé publique, INPES.

1. Chéribé-Challine L., Halna JM., Remontet L. Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention. BEH 2004 ; (2) 5-8.  
 2. Estimation donnée par le Pr H. Sancho-Garnier au cours de la « Journée Soleil 2000 » organisée par le Secrétariat à la Santé et aux Handicapés.  
 3. Estimation du Syndicat national des ophtalmologistes de France (Snof) dans un communiqué daté du 2 avril 2004.  
 4. Estimation du Snof en janvier 2003.  
 5. Auprès d'un échantillon de 1 002 personnes, représentatives de la population française âgée de 15 ans et plus, et auprès d'un sur-échantillon de 844 parents et grands-parents d'enfants âgés de moins de 6 ans.  
 6. 2,8 millions de dépliants et 120 000 affichettes (rapportant les principaux conseils pour les enfants) ont été diffusés à partir du mois de juin 2004 dans les Comités régionaux d'éducation pour la santé, les Caisses primaires d'assurance maladie, les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et auprès de la Ligue contre le cancer, la mairie de Paris, la Croix-Rouge, le Club Méd., etc. Des exemplaires ont également été adressés aux médecins généralistes, dermatologues, pédiatres, pharmaciens, opticiens et esthéticiennes.  
 7. Ces données doivent être considérées avec précaution du fait des biais probables de déclaration et de mémorisation.  
 8. De plus, la crème doit avoir un indice élevé, facteur de protection solaire 25 (FPS) au minimum, et doit être appliquée fréquemment et en quantité importante.

# L'Algérie se lance dans le sevrage tabagique

**En Algérie, la consommation de tabac a triplé en vingt ans, et un fumeur sur deux a moins de 27 ans. Pour contrecarrer le marketing intense des cigarettiers, la région de Sétif s'est lancée dans la prévention, en coopération avec la France. Cette action pilote a permis de former les médecins au sevrage tabagique et de sensibiliser les fumeurs. Elle bute toutefois sur un manque de moyens.**

L'augmentation du tabagisme est une menace pour la santé en Algérie : trente mille nouveaux cas de cancers y sont diagnostiqués chaque année, soit une augmentation de 50 % du nombre de cas entre 1986 et 2000. Sur un an, près de vingt mille personnes meurent du cancer. Parallèlement, la consommation de tabac a triplé au cours de ces dernières décennies, passant de 7,7 % (taux de prévalence global hommes/femmes) en 1978 à 25 % en 1998. Le taux de prévalence du tabagisme est de 43,8 % chez les hommes et 6,5 % chez la femme. 50 % des fumeurs sont âgés de moins de 27 ans.

Cette percée de la consommation illustre le fait que les industries se tournent vers les pays en développement pour compenser leurs pertes de marché au nord. En Algérie comme ailleurs, le parrainage et la publicité indirecte pour le tabac s'y développent sous des formes multiples.

Des dizaines de milliers de cancers pourraient être évités chaque année grâce à des campagnes efficaces d'information et de prévention. À ce jour, les campagnes de sensibilisation qui ont été menées à travers le pays ont drainé une grande partie de la population vers la demande d'aide et de sevrage tabagique. Dans ce dernier domaine, les patients recourent directement à toutes sortes de produits dans une grande anarchie, comme pour de nombreux médicaments ; en effet, les produits de sevrage ne font pas encore l'objet d'une politique nationale en Algérie.

## Médecins peu informés et formés

Jusqu'en 2001, donc, aucune expérience n'avait été tentée en Algérie sur l'arrêt du tabac. En réponse à ce problème de santé publique en matière de tabagisme, le CHU et l'université de Sétif, en collaboration avec Épidaur-Centre régional de lutte contre le cancer – Montpellier (France), l'Union internationale contre le cancer et la Ligue nationale contre le cancer (LNC) ont mis en place un programme d'aide à l'arrêt du tabagisme dans la région de Sétif. C'est dans ce cadre qu'a été lancée en 2001 une enquête, à la demande de l'équipe d'Épidaur de Montpellier chargée de la formation des médecins de Sétif. Cette enquête porte sur les attitudes et les pratiques de prescription de sevrage tabagique ; elle révèle que près de la moitié des fumeurs demandent l'arrêt du tabac, que la majorité des médecins interrogés ne prescrivent pas de produits nicotiques parce qu'ils ne sont pas au courant de la disponibilité de ces substituts sur le marché, et qu'ils n'ont pas de formation concernant l'accompagnement et le sevrage tabagique et la prescription des substituts nicotiques.

Fort des résultats de cette enquête, le programme d'aide à l'arrêt du tabagisme dans la région de Sétif est un projet pilote expérimental qui teste et valide des actions d'aide à l'arrêt du tabac à grande échelle ; il utilise des outils pédagogiques et examine les répercussions de ces actions en prenant en compte le contexte local. Si l'on dresse un premier bilan rapide, on

constate que les actions d'aide à l'arrêt du tabac lancées dans ce cadre ont permis d'obtenir des premiers résultats. L'une des priorités du programme est la formation de « formateurs », capables d'organiser des sessions sur le thème de l'aide à l'arrêt du tabac, mais aussi de promouvoir l'action à travers les médias et les organisations non gouvernementales (ONG) pour encourager la mobilisation des acteurs dans la lutte contre le tabac. Bref, de montrer qu'il existe des moyens d'action médicaux, économiques et culturels pour promouvoir l'arrêt du tabac. Ce projet pilote Sétif est en outre doté d'indicateurs précis afin de pouvoir en évaluer les résultats

## Alerter les médias

Retour sur le déroulement du projet : l'expérience a démarré en octobre 2001, après le lancement de l'enquête sur les attitudes et les pratiques en matière de sevrage tabagique réalisée en juin 2001. Cette enquête a été largement relayée par les médias : télévision, radio et presse écrite. Une station de radio a ainsi organisé une émission en direct consacrée exceptionnellement au tabac, avec de nombreuses interventions d'auditeurs qui posaient, par téléphone, des questions à des experts. Outre cette grande campagne *via* les médias, plusieurs actions de communication ont été menées en direction des journalistes, des citoyens, des scolaires et des scientifiques.

Au total, l'information délivrée dans le cadre de ce programme pilote de sensibilisation au sevrage dans la région

de Sétif – d'octobre 2001 à octobre 2002 – s'est traduite par la parution de onze articles dans la presse générale, l'organisation de huit émissions de radio et de nombreuses rencontres avec les journalistes locaux. En outre, deux mille affiches ont été placardées dans les maisons des jeunes, les rues, les cafés, l'hôpital, les universités et certaines entreprises.

Ce projet pilote a en outre eu recours à d'autres moyens de mobilisation :

- des actions d'information/sensibilisation par des caravanes ont été organisées en 2001 dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac sur la wilaya de Sétif. Mille affiches ont été réalisées pour l'occasion et neuf cents programmes, ainsi que cent dossiers de presse, ont été distribués ;

- lors de la Journée mondiale sans tabac 2002, dont le thème était « Pour un sport sans tabac », des tournois sportifs ont été organisés. Dans les équipes, on retrouvait des professionnels de la santé, de l'éducation, de la presse et de la sécurité de la wilaya. Une course à pied a également été organisée pour les scolaires sur le boulevard principal de la ville ;

- lors de la Journée mondiale sans tabac 2003 sur le thème « Cinéma sans tabac, mode sans tabac », des films incluant des témoignages, réalisés par des professionnels et bénévoles, ont été projetés ; des tables rondes organisées, avec en particulier un débat sur le tabagisme féminin et le rôle du tabac dans la mode et le cinéma ;

- des actions spécifiques ont été menées en direction des jeunes. Ainsi, les élèves des écoles primaires ont participé à un concours international et bénéficié de cours de sensibilisation sur le tabac s'insérant aux leçons de morale inscrites dans les programmes,

- des actions ont été organisées en direction des scientifiques, en particulier des rencontres médicales dans le cadre de la Journée mondiale sans tabac, ainsi que la création et la mise à disposition d'informations sur un site Internet.

### Former les professionnels au sevrage

Outre ces efforts d'information et de sensibilisation, le véritable fer de lance de ce programme expérimental réside dans la formation des professionnels du sevrage que sont les médecins ou les

relais d'information. Dans ce cadre, les sessions de formation au sevrage ont permis aux participants de se familiariser avec ces nouveaux supports, de mettre en place des actions de promotion antitabac en synergie avec les médias. Pour ce qui est des professionnels de santé, la formation à l'arrêt proprement dite, sous forme d'ateliers interactifs, a donné aux participants des techniques validées d'aide à l'arrêt du tabac. Au total, quatre-vingt-douze médecins et douze psychologues ont été formés depuis trois ans. Ce programme de formation a mis en évidence l'intérêt des méthodes pédagogiques employées ; il a aussi eu un impact positif auprès des professionnels formés et sur l'activité médicale à Sétif ; il a en particulier provoqué des changements d'attitude chez les médecins, lesquels délivrent désormais plus fréquemment des conseils sur l'arrêt du tabagisme.

L'ensemble des professionnels de la santé formés a pris conscience de l'importance de la volonté du fumeur dans l'initiation de tout sevrage. Ces professionnels sont désormais plus enclins à délivrer à leur patients un « conseil minimum », c'est-à-dire l'informer du danger du tabac et lui proposer une aide au sevrage. Ces formations interviennent dans un contexte où le modèle domi-

nant biomédical persiste : 90 % des médecins pensent qu'une consultation doit se terminer par une prescription de médicament(s). Enfin, outre les campagnes de sensibilisation et la formation des professionnels et relais, le cœur du projet expérimental Sétif aura été l'organisation de journées de consultations d'aide à l'arrêt du tabac.

L'action pilote de Sétif commence à sortir de son cadre géographique initial, puisque des actions similaires d'aide à l'arrêt du tabac sont en cours dans d'autres régions du pays. Au niveau national également, plusieurs outils pédagogiques ont été réalisés et diffusés : citons une affiche à destination du grand public sur le thème « Arrêt sans patch, c'est possible » ; un film pédagogique pour l'aide à l'arrêt montrant des consultations d'aide au sevrage avec des médecins ; un film avec des témoignages d'ex-fumeurs.

### Prendre en compte la culture algérienne

D'une manière générale, cette expérience a mis en place des outils adaptés, qui pourront être utilisés dans l'information et l'aide à l'arrêt du tabac. L'évaluation sur le terrain, deux ans après le début du programme, a mis en évidence de nouveaux besoins en for-

mation, ainsi que la nécessité de trouver des vecteurs de communication pour aborder le sujet encore tabou du tabagisme féminin. Les représentants du ministère de la Santé sont favorables à une extension à d'autres wilayas de ce modèle.

En conclusion, soulignons que la prise en charge de l'aide à l'arrêt du tabac est pluridisciplinaire et multisectionnelle. Les résultats de nos actions posent la problématique autour de considérations médicales, culturelles et économiques.

- **Médicales** : en Algérie, la perception du système médical est particulière, et le rôle du médecin en matière d'arrêt du tabac doit être clarifié et adapté à cette nouvelle demande. Si l'on doit éviter les dangers d'une trop grande médication de l'arrêt du tabagisme, le recours à des produits de substitution est incontournable car la volonté du fumeur ne suffit pas. Il est important que les médecins puissent offrir aussi une réponse adaptée dans ce domaine pour ne pas perdre toute crédibilité dans la mobilisation pluridisciplinaire contre le tabac. Ce qui explique en partie l'échec de notre action d'aide à l'arrêt du tabac dans les structures médicales, la disponibilité en produits de sevrage tabagique étant insuffisante, ces produits demeurant coûteux et disponibles dans peu de pharmacies.

- **Culturelles** : les motivations et les facteurs déterminants de changement de comportement en Algérie sont très différents des pays occidentaux. Des adaptations au contexte algérien sont nécessaires. Il est, à cet égard, intéressant de noter que ce projet expérimental a permis d'obtenir des résultats satisfaisants en aide à l'arrêt du tabac au niveau des médecins du travail et médecins des campus universitaires, où la composante culturelle primait sur la médicalisation avec prescription d'une ordonnance. Nous devons donc tenir compte de ce facteur pour préciser une stratégie qui nous est propre. Ces nouvelles approches pourraient être utilisées dans d'autres pays du Maghreb ou dans des pays de culture arabo-musulmane.

- **Économiques** : l'accès aux produits de substitution est difficile, car ils sont considérés comme trop chers. Rendre

ces produits plus accessibles concourrait à la réussite du programme national de lutte contre le tabac. Avec une demande plus vaste et une offre plus organisée, il sera possible de mettre en place une politique de santé publique plus efficace (sensibilisation, outils de travail, approvisionnement en médicaments).

Le lien entre la prise en charge et la prévention n'est plus à démontrer. Les campagnes pour obtenir les changements de comportement s'essoufflent vite si on ne répond pas aussi à la demande des patients. Avant de convaincre ceux qui résistent, il faut répondre à ceux qui demandent.

#### Mokhtar Hamdi Cherif

Professeur en médecine préventive et épidémiologie, chef de service au CHU de Sétif, président de l'Observatoire du tabac en Afrique francophone (Otaf)

L'auteur remercie pour leur coopération : Anne Stoebner, Farida Moussaoui, Philippe Vinard (Centre régional de lutte contre le cancer Épidaure, Montpellier), Hélène Sancho-Garnier (Union internationale contre le cancer) ainsi qu'Albert Hirsch et Sylviane Ratte (Ligue nationale contre le cancer).

#### ► Bibliographie

- Hamdi Cherif M., Kermi S., Mahnane A. *Évaluation de la consommation du tabac dans le monde scolaire dans la wilaya de Sétif*. Rev. Int. Educ. pour la santé, Hygie 1990 ; vol IX : 24-9.
- Hamdi Cherif M., Sekfali N., Colleman M.-P. *Incidences du cancer dans la wilaya de Sétif - Algérie*. Bull. Cancer 1991 ; 78 : 155-67.
- Mackay J., Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. WHO, 2002. ISBN 92 4156 209 9
- Corrao M.-A., Guindon G.-E., Sharma N., Fakhrabadi Shokoohi D. *Tobacco smoking prevalence in Setif area, Algeria 1997-1998*. pp. 46-47. Tobacco Control Country Profiles Atlanta, Georgia. August 2000.
- Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J., Raymond L., Young J. *Cancer Incidence in Five Continents* CI5. IARC Scientific Publication n° 143, vol. VII, 1998, CIRC Lyon, France.
- Parkin D.M., Ferlay J., Hamdi Cherif M., et al. (eds). *Cancer In Africa, Epidemiology and Prevention*. IARC Scientific Publication n° 153, 2003, Lyon, France.

## • COMMUNIQUÉ •

# Education Santé

## sommaire

n° 189 - avril 2004

### Initiatives

#### Une grande enquête sur la santé des jeunes en âge scolaire

par l'Équipe SIPES PROMES-ULB et Nicole Maréchal

#### Des organisations de jeunesse en santé

par Vincent Huyghebaert, Michel Demarteau, Bérengère Lens, Karine Spinette, Michel Andrien et Véronique Halbardier

#### La prévention des accidents domestiques dans la pratique des architectes

par Jean de Salle, Jacques Taylor et Martine Bantuelle

#### À Jumet, les petits plats font un beau projet

par Catherine Darvai

#### Premier bilan du programme « mammoth » (suite)

#### « Cannabisme » passif

### Réflexion

#### Une politique sociale des soins de santé dans les nouveaux États membres de l'Union européenne ?

par Valérie Van Belle

### Officiel

#### Le « nouveau » Conseil supérieur de promotion de la santé

### Lu pour vous

#### 10 ans de « Renouer »

interview de Thierry Poucet

### Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

L'abonnement est gratuit en Belgique.

Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (10 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (20 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (30 numéros) à 60 €.

Nos références bancaires : Banque BACOB, rue de Trèves 25, B-1040 Bruxelles, Belgique. Compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, chaussée de Haecht 579, 1031 Bruxelles, Belgique. RIB BACBBEBB. Code IBAN BE 60 7995 5245 0970.

Pour s'abonner en ligne ou consulter les articles parus dans la revue : <http://www.educationsante.be>

# L'Europe

## à l'heure de la promotion de la santé

L'Europe de la promotion de la santé existe-t-elle ? En d'autres termes, les Européens travaillent-ils ensemble à promouvoir la santé ou superposent-ils simplement leurs savoir-faire ?

Pour explorer cette thématique, nous avons sollicité des experts reconnus de diverses nationalités. Observateur extérieur, le Québécois Michel O'Neill explique combien il est fasciné par ces Européens pluriels qui parviennent à travailler ensemble. Parole est ensuite donnée à des spécialistes qui auscultent trois politiques nationales : Don Nutbeam décrypte la tentative du Royaume-Uni de réduire les inégalités de santé et souligne la nécessité d'améliorer la qualité des preuves de l'efficacité de la promotion de la santé en Europe. Concha Colomer et Rosana Peiro présentent la politique mise en œuvre en Espagne, avec la priorité accordée à la prévention au détriment d'une action en profondeur sur les déterminants de santé, une analyse qui vaut pour la majorité des pays européens ; enfin, en Roumanie où l'urgence prévaut avec une forte prévalence du sida chez les jeunes, les autorités ont mis en place un plan de prévention soutenu par les institutions internationales.

Deuxième angle de ce dossier : comment les Européens travaillent-ils ensemble sur la promotion de la santé ? Au niveau institutionnel international, différents acteurs fédèrent tout particulièrement la réflexion et les actions communes : le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, la Commission européenne et l'Union internationale de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé (UIPES).

Enfin, pour appréhender comment s'organise cette Europe de la promotion de la santé, six réseaux sont présentés : santé au travail, santé mentale, éducateurs de rues, master commun, base européenne de données sur la promotion de la santé, site Internet d'information sur les drogues et addictions en Europe. Ces réseaux européens représentent l'avant-garde de cette Europe de la promotion de la santé qui se construit peu à peu.

Yves Géry

Rédacteur en chef

Dossier coordonné par **Marie-Claude Lamarre**, directeur exécutif, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), Saint-Denis, avec **Jérôme Voiturier**, chargé de mission, développement international, INPES, Saint-Denis, et **Stéphane Tessier**, médecin de santé publique, directeur du comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (CRESIF)

## La promotion de la santé, un champ en devenir dans une Europe élargie

Cette année marque le vingtième anniversaire d'un document phare, intitulé *Promotion de la santé : concepts et principes* (1). Proposé par un groupe de travail du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en 1984, ce rapport a éclairé d'un regard radicalement différent la réflexion sur la santé, sur les conditions et la qualité de vie des personnes et des communautés, et les approches et actions de prévention des maladies et de développement de la santé ; il a, en particulier, focalisé l'attention sur l'influence incontestable de déterminants plus larges de la santé : conditions socio-économiques, culture, éducation, équité, accès aux services, soutien social, etc. C'est cet ensemble de concepts et principes qui a conduit, sur la scène internationale, cette fois, à l'élaboration de la charte d'Ottawa comme cadre conceptuel et de mise en œuvre de la promotion de la santé, deux années plus tard.

L'Union européenne, quant à elle, vient de s'élargir, le 1<sup>er</sup> mai 2004, de dix nouveaux États membres ; elle voit sa population augmenter en nombre et en diversité, gage incontestable d'enrichissement culturel, éducatif, social, professionnel, économique et politique et, espérons-le, de paix. Ce sont aussi ses responsabilités qui s'accroissent, à commencer par la prise en compte des inégalités, que nous voyons augmenter.

Enfin, l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS<sup>1</sup>, qui s'est réunie comme tous les ans au mois de mai, à Genève, vient tout juste d'adopter une résolution sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, demandant entre autres choses, au directeur général de l'OMS d'inscrire la promotion de la santé au tout premier rang des priorités de l'Organisation, et d'apporter aux États membres un soutien pour renforcer leur capacité à développer, mettre en œuvre et évaluer des programmes efficaces de promotion de la santé à tous les niveaux.

Le moment est donc idéal pour effectuer un tout petit tour d'horizon de la promotion de la santé en Europe. Tout petit, car il est évidemment impossible de rendre compte en une trentaine de pages de l'immense richesse des approches, des pratiques, des outils, des ressources, des acteurs.

Deux auteurs nous introduisent dans ce paysage, le Dr Erio Ziglio, de l'OMS/Euro, et le Pr Michel O'Neill, de l'université Laval, à Québec, qui nous apporte un regard « extérieur ». Tous deux nous exposent leur vision de l'Europe de la promotion de la santé, de ses paradoxes, ses obstacles, ses manques, ses besoins, ses avancées. Et, pour que l'on sache qui fait quoi dans ce paysage com-

plexe, Jérôme Voiturier, chargé de l'international à l'INPES, nous résume les responsabilités et fonctions des institutions de l'Union européenne.

S'appuyant sur l'exemple du Royaume-Uni, le Pr Don Nutbeam souligne l'importance d'articuler recherche, politique et pratique et illustre le rôle fondamental des données probantes à des fins de planification et d'établissement des priorités stratégiques de santé ainsi que des initiatives de programme.

Quant à Concha Colomer, elle dénonce, sinon une vision, du moins une pratique de la promotion de la santé en Espagne plutôt « verticale et paternaliste », mais se fait aussi porte-parole d'initiatives plus créatives.

Gregor Breucker illustre, de son côté, une des approches phares de la promotion de la santé, celle des lieux de vie, ici le lieu de travail ; la promotion de la santé s'y exerce dans un contexte social, dans le cadre d'activités quotidiennes et où des facteurs personnels, organisationnels et de l'environnement interagissent et affectent la santé et le bien-être. L'article décrit plusieurs initiatives de promotion de la santé sur le lieu de travail.

Irina Dinca nous rappelle, s'il en était besoin, l'importance de la participation, en l'occurrence celle des jeunes en Roumanie, pour concevoir leurs propres outils et supports éducatifs de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles.

Enfin, une grande partie du dossier est consacrée à la présentation de réseaux, extrêmement variés dans leurs champs d'action (solidarité et travail de rue, drogues et addictions, formation, ressources, santé mentale). Tous ont en commun le partage des connaissances, des savoirs, des savoir-faire, le développement des compétences, et le travail en partenariat avec les individus, les communautés, les collectivités et les structures.

**Marie-Claude Lamarre**

Directeur exécutif,

Union internationale de promotion de la santé  
et d'éducation pour la santé (UIPES), Saint-Denis.

**« L'Union européenne vient de s'élargir, ses responsabilités s'accroissent, à commencer par la prise en compte des inégalités (...) le moment est idéal pour effectuer un petit tour d'horizon de la promotion de la santé en Europe ».**

1. L'Assemblée mondiale de la Santé est la réunion annuelle des ministres de la Santé (et de leur délégation) des États membres de l'Organisation mondiale de la Santé.

### ► Références bibliographiques

(1) OMS *Health Promotion: Concepts and Principles*. Report of a Working Group, 1984 (available online at [http://whqlibdoc.who.int/euro-1993/ICP\\_HSR\\_602\\_m01.pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro-1993/ICP_HSR_602_m01.pdf)).

(2) Catford J. *Health promotion's record card: how principled are we 20 years on?* Health Promotion International. Oxford: Oxford University Press, 2004; 19, (1).

# À quoi ressemble l'Europe de la promotion de la santé ?

**L'Europe accorde encore trop peu de place à la promotion de la santé, pourtant façonnée sur le Vieux Continent. Il est urgent de développer une coopération efficace entre les pays, d'échanger les pratiques et de mettre en commun les formations. Il convient aussi de donner davantage de moyens à la promotion de la santé, parent pauvre de la santé publique dans l'ensemble de l'Europe.**

En 1984, un ensemble de concepts et de principes pour la promotion de la santé a été introduit comme base de discussion par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe (1). Deux ans plus tard, ces concepts et ces principes ont guidé et étayé la charte d'Ottawa (2). Ils ont depuis servi de base à de nombreuses initiatives européennes innovantes en promotion de la santé : projets et programmes nationaux et paneuropéens ainsi que diverses approches, y compris celle des lieux de vie, comme les villes en santé, les écoles promotrices de santé, les hôpitaux promoteurs de santé et de nombreuses initiatives sur différents sujets et facteurs de risque spécifiques. À la fin des années quatre-vingt-dix, l'approche « investir pour la santé » pour mettre effectivement en œuvre la promotion de la santé, a également ses origines dans la région européenne (3).

Si de nombreuses initiatives de promotion de la santé ont souvent trouvé leurs origines en Europe, le concept et les principes de la promotion de la santé n'ont toutefois pas été intégrés dans la plupart des pays européens. La raison de cette non-intégration est complexe. Le présent article évoque quelques-uns des principaux facteurs qui ont freiné leur avancée en Europe, à la lumière d'une analyse plus complète réalisée par le principal auteur avec la collaboration du Pr Spencer Hagard et du Dr Christine Brown (4).

## Des progrès inégaux sur un continent disparate

Malgré un développement indiscutable des activités de promotion de la santé, le continent européen reste aussi

divisé dans le domaine de la promotion de la santé qu'en ce qui concerne son développement économique, social et sanitaire. Les pays de l'Est n'ont pas pour la plupart adopté les principes modernes de la promotion de la santé et ont manqué énormément de ressources, ce qui s'est traduit le plus souvent par des actions ponctuelles et discontinues. Dans les pays de l'Europe occidentale, malgré un financement nettement supérieur et une certaine continuité et cohérence en apparence dans le développement des actions, la charte d'Ottawa a rarement été utilisée comme guide des programmes et des politiques de façon systématique et durable. À l'Ouest comme à l'Est, on a continué de se préoccuper des comportements à risque et de la promotion des modes de vie sains poursuivie au travers des programmes, avec peu, voire aucune intégration des approches fondées sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé des populations. De surcroît, la création d'institutions et de systèmes nécessaires à la pérennisation du développement d'une promotion de la santé de la population efficace s'est faite relativement lentement et de façon inégale dans l'ensemble de l'Europe.

## Investir dans la promotion de la santé

La présente étude critique aboutit à trois conclusions générales. Premièrement, même si les principes sous-jacents de la charte d'Ottawa sont toujours en vigueur, les pays européens éprouvent encore de grandes difficultés à concevoir de façon systématique des stratégies cohérentes et solides de promotion de la santé de la population.

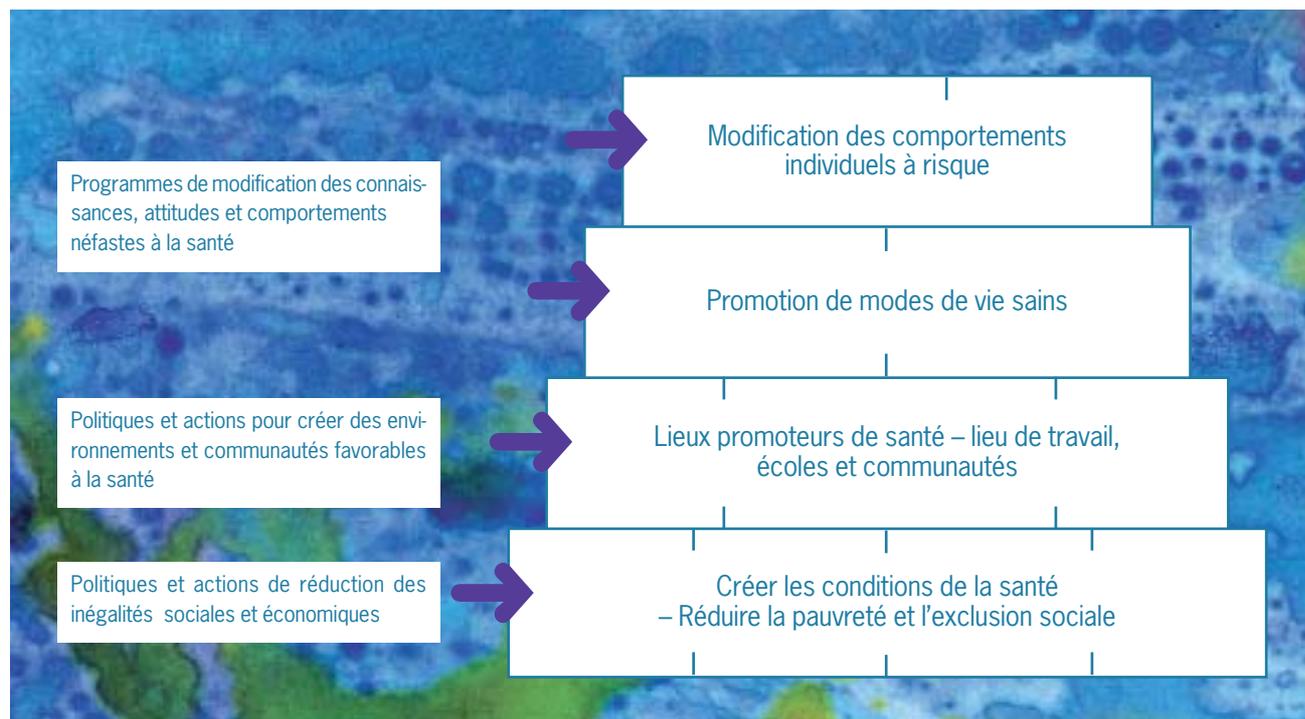
Les principaux chantiers sur lesquels les pays européens doivent porter leurs efforts afin d'améliorer leurs compétences sont, notamment :

- la conception d'une *infrastructure pour la promotion de la santé* qui réponde aux besoins spécifiques et aux structures d'élaboration des politiques, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale des différents pays ;
- l'établissement de *mécanismes de financement* assurant un investissement durable en santé et développement des populations. En effet, cette partie reste encore aujourd'hui caractérisée par un sous-investissement chronique, un saupoudrage des financements, des systèmes fragmentés et des approches à court terme ;
- l'élaboration et l'utilisation de *méthodes appropriées d'évaluation* des politiques, des programmes et des initiatives de promotion de la santé ;
- la programmation, la pérennisation et/ou la modernisation des *compétences des ressources humaines* pour permettre le développement solide de la promotion de la santé dans les pays européens ;
- enfin, la mise en œuvre de *bonnes pratiques fondées sur les preuves*.

## Prendre en compte les déterminants économiques et sociaux

Deuxièmement, il existe peu d'exemples de pays qui aient créé une infrastructure et des systèmes durables de promotion de la santé de leurs populations qui soient compétents pour s'attaquer aux comportements individuels à risque mais également pour aborder les politiques et les facteurs sociaux et économiques de la santé. Des études

**Figure 1. Les éléments fondamentaux d'une politique de promotion de la santé durable**



récentes ont montré que, même dans les pays européens qui disposent d'une longue tradition de développement de la promotion de la santé, ces infrastructures et ces systèmes dont nous venons de parler sont pour le moins insuffisants (4).

Troisièmement, rares encore sont les pays européens qui intègrent, de façon systématique à leur réflexion et à leur pratique de la promotion de la santé, des actions qui prennent en compte les déterminants sociaux et économiques de la santé. Et pourtant, cette approche a un impact significatif et incontestable sur l'amélioration de l'efficacité générale, l'efficacité et la pérennité des approches de promotion de la santé de la population d'un pays.

**Erio Ziglio**

Directeur,

**Christine Brown**

Experte en promotion de la santé,  
Bureau européen de l'OMS d'investissement  
en santé et développement, Venise.

### ► Références bibliographiques

- (1) World Health Organisation (WHO). *Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984.
- (2) World Health Organisation (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, Ontario, Canada. 21 November 1986. (Available through: Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.)
- (3) Ziglio E., Hagard S., Griffith J. *Health promotion development in Europe: achievements and challenges*. Health Promotion International 2000, 143-54.
- (4) Ziglio E., Hagard S., Brown C. *Health Promotion Development in Europe: Barriers and New Opportunities*. Chapter in Promoting Health – Global Perspectives 2004. Edited by Angela Scriven (to be published shortly).

La Figure 1 ci-dessus illustre la manière dont une approche solide et cohérente de la promotion de la santé exige une base solide, construite en investissant dans des actions politiques qui créent les conditions propices à une bonne santé complétées par des programmes qui, à leur tour, vont créer des lieux de vie favorables à la santé et promouvoir des modes de vie sains (1).

Le développement de ce type d'approche intégrée de la promotion de la santé met l'accent à la fois sur le défi et les possibilités de faire progresser la promotion de la santé dans les pays européens. Il est on ne peut plus urgent d'augmenter la coopération entre les divers pays dans ce domaine. Dans l'Europe d'aujourd'hui, le besoin coexiste avec de nouvelles opportunités de développer les compétences, les outils et les techniques, de même que les modalités de travail et les systèmes permettant de traduire les preuves scientifiques en pratiques efficaces et durables dans toute l'Europe. Le Bureau européen d'investissement en santé et développement de l'OMS à Venise a été créé pour répondre spécifiquement à ces besoins. Il a reçu comme mandat d'être le point de référence de ces questions de développement des capacités et des politiques en Europe.

Les points de vue exprimés dans le présent article sont ceux de l'auteur principal et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Organisation pour laquelle il travaille.

(1) Ziglio E., Brown C. *Strengthening Health Promotion in the European Region of WHO*. WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, 2003.

# Il y a plusieurs Europes de la promotion de la santé

**En cinquante ans, le monde a glissé de l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. En observateur extérieur, le Québécois Michel O'Neill souligne le rôle premier joué par l'Europe, en contrepoids des États-Unis. Cette Europe le fascine pour sa capacité à naviguer à travers ses tensions historiques et trouver des zones de convergence. Mais l'Europe du Sud souffre d'autarcie et la France peine à articuler travaux universitaires, expériences de terrain et interventions gouvernementales.**

Il n'y a pas une Europe mais bien des Europes. Celle de l'Ouest d'abord, qui nous est la plus familière, elle-même divisée entre le Nord, anglo-saxon et scandinave, et le Sud, latin. Et il y a les Europes du Centre et de l'Est, dont on sait, à peu près, où elles commencent mais dont on se demande toujours où elles finissent : avant ou après la Turquie ? Et la Russie, européenne ou pas ?

Pour répondre à la demande des responsables de ce dossier spécial, qui sollicitaient un point de vue non européen sur l'Europe, j'ai finalement choisi de m'attarder ici à la pratique professionnelle de la promotion de la santé dans les Europes évoquées plus haut. Je le ferai en tant qu'observateur attentif à l'échelle planétaire, depuis une trentaine d'années, de l'évolution de ce domaine. Mon point de vue est celui d'un Nord-Américain du Québec, trilingue (français, anglais, espagnol) et ayant été façonné, à travers sa formation et ses pratiques, par trois cultures majeures : la française, la britannique et celle des États-Unis.

## L'Europe fait l'histoire

On oublie trop souvent l'histoire et je veux, d'entrée de jeu, souligner deux moments importants qui selon moi ont marqué non seulement l'histoire de la promotion de la santé en Europe mais le champ dans son ensemble.

Le premier, c'est la fondation en 1951, à Paris, de la principale association scientifique et professionnelle mondiale dans notre domaine : l'Union

internationale pour l'éducation sanitaire populaire, qui se transforma à travers les décennies en Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), telle que nous la connaissons aujourd'hui. Retracer son évolution durant un demi-siècle, comme l'ont si bien fait Modolo et Mamon (1), montre le rôle de premier plan qu'ont joué, en contre-poids aux États-Unis, deux pays européens latins (la France et l'Italie) lors de cette fondation. On peut observer aussi dans ce même ouvrage, au fur et à mesure que les décennies avancent, le lent déplacement du centre de gravité des conférences internationales vers l'Europe du Nord (Allemagne, Angleterre, Finlande) puis vers le reste de la planète (Argentine, États-Unis, Canada, Australie, Japon, Porto Rico).

Néanmoins, c'est en Europe encore, à Copenhague, qu'au début des années quatre-vingt le Bureau européen de l'OMS amorcera les grands changements qui feront évoluer à l'échelle planétaire le champ de l'éducation sanitaire vers celui de la promotion de la santé (2), rééquilibrant, une fois de plus, la place dominante qu'avaient pris les États-Unis au cours des décennies précédentes.

À ces deux moments charnières de l'évolution globale du champ, l'Europe est donc au cœur des processus. Comme il est impossible de faire une analyse pays par pays d'un si grand ensemble en si peu d'espace, et au risque de généralisations un peu abu-

sives, voici quelques remarques sur la promotion de la santé dans les Europes d'aujourd'hui.

## L'Europe du Nord à l'avant-garde

D'abord, il est évident que, sur la scène internationale de la promotion de la santé, c'est actuellement l'Europe du Nord qui a le plus de visibilité. À cause de la quasi-hégémonie de l'anglais comme langue internationale de diffusion des connaissances scientifiques, le Royaume-Uni jouit déjà d'un avantage non négligeable ; de plus la notoriété internationale des ouvrages et publications qui proviennent de ce pays est énorme (3). Le dynamisme des Pays-Bas et de plusieurs des pays scandinaves (Norvège et Suède par exemple) est aussi très manifeste : au-delà de leurs langues respectives, ces petits pays ont fait le pari d'avoir des universités qui fonctionnent totalement ou partiellement en anglais, maximisant ainsi leurs chances d'être au cœur de la circulation de l'information internationale. Plusieurs d'entre eux ont aussi su arrimer avec succès les milieux universitaires de recherche et d'enseignement aux milieux des pratiques.

## Une Europe du Sud discrète

À cet égard, l'Europe du Sud a fait des choix différents et on entend moins parler sur la scène internationale de ce qui se passe en Italie, en France, en Espagne ou au Portugal par exemple ; ces deux derniers pays ont toutefois avec l'Amérique latine, pour des raisons historiques et linguistiques, des échanges constants qui aident sans doute à les

dynamiser. Pour dire un mot de la France, ce qui me frappe le plus à son égard c'est en général (il y a des exceptions...) : le manque d'arrimage entre des pratiques de terrain associatives ou professionnelles d'une grande richesse mais peu connues et des milieux universitaires qui fonctionnent souvent en vase clos à l'échelon national et international ; des institutions gouvernementales et paragouvernementales en constante mouvance qui ne semblent pas tabler sur la compétence certaine de nombre de leurs professionnels ; et une fréquente réticence, à cause de la barrière linguistique notamment, à considérer ce qui se fait ailleurs, à la fois pour en bénéficier et pour contribuer à l'avancement international à partir des pratiques françaises.

Quant aux pays du Centre et de l'Est, dont la plupart s'adaptent avec des fortunes variables à l'ère postcommuniste, ils sont habituellement en position de demandeurs de formations et d'expertises, s'alignant avec plus ou moins de bonheur sur les exigences des pays donateurs, dont les préférences linguistiques ou de contenu prennent alors force de loi.

### Une dynamique européenne élargie

À comparer aux autres portions de la planète, et bien qu'il ne faille absolu-

ment pas oublier les grandes disparités qui existent encore entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, l'Europe est un continent avec une concentration incroyable de richesses économiques et culturelles. Ce sont cette diversité et cette richesse qui offrent, selon moi, à la fois les principales opportunités mais posent aussi les principaux défis à la promotion de la santé en Europe.

Les institutions économiques et politiques dont la nouvelle Europe se dote encouragent de manière importante les échanges entre pays et le développement de projets communs. Par exemple, du côté de la formation, des efforts considérables sont faits, depuis plusieurs années, pour mettre en place une Maîtrise européenne de promotion de la santé (EUMAHP : European Masters in Health Promotion, voir l'article de J.K. Davies dans ce même numéro) (4). Qui plus est, les réseaux créés par le développement de ces programmes et l'argent mis à disposition des pays membres par la Communauté économique européenne ont favorisé des échanges fructueux, comme, par exemple, la recherche comparative sur le programme des villes santé entre le Royaume-Uni et les Pays-Bas (5). Les deniers européens ont aussi permis la production, par l'intermédiaire de l'UIPES, d'ouvrages sur l'efficacité de la promotion de la santé rédigés en

collaboration par des équipes internationales de haut niveau (6).

Bien entendu, ces exemples ne touchent qu'une partie de l'Europe, celle des pays membres de l'Union économique européenne et, en ce sens, posent plusieurs des défis auxquels la construction européenne dans son ensemble est constamment confrontée : poids relatif de certains pays face à d'autres ; capacité à travailler ensemble au-delà des indispensables ancrages linguistiques et culturels ; replis sur le passé qui peuvent se faire de manière aussi brutale qu'inattendue. Malgré tout, c'est avec beaucoup d'intérêt et souvent même une pointe d'envie que l'on observe de l'extérieur comment se trament et se négocient ces nouveaux espaces et à ce titre, pour longtemps encore, l'évolution des Europes restera un exemple fascinant à observer, en promotion de la santé et de manière plus générale.

**Michel O'Neill,**

PhD, Professeur titulaire, faculté des sciences infirmières, codirecteur, Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé (Gripsul), université Laval, Québec (Canada).

### ► Références bibliographiques

- (1) Modolo M.A., Mamon J. *A long way to health promotion through IUHPE conferences 1951-2001*. Perugia: University of Perugia, Inter university Experimental Center for Health Education, 200 : 225.
- (2) Kickbusch I. *Health Promotion: A Global Perspective*. Canadian Journal of Public Health, 1986; 77; 321-6.
- (3) Mittelmark M.B., et al. *Health promotion curricula: cross-national comparisons of essential reading*. Promotion & Education 2000; 7; 27-32.
- (4) Davies J.K., et al. *The EUMAHP project – the development of a European Master programme in health promotion*. Promotion & Education 2000; 7 (1); 15-8.
- (5) Goumans M., Springett J. *From projects to policy: "Health Cities" as a mechanism for policy change for health?* Health Promotion International 1997; 12 (4): 311-22.
- (6) IUHPE. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. 2nd ed.; vol.1-2, Brussels: ECSC-EC-EAEC 2000: p. 36, p.174.

# Entreprises favorables à la santé : une utopie en marche en Europe

**Les conditions de travail se sont durcies dans nombre d'entreprises européennes au cours des dernières décennies. La promotion de la santé au travail demeure expérimentale dans les grands groupes, pratiquement inexistante dans les petites et moyennes entreprises (PME). Un réseau européen de promotion de la santé au travail s'est constitué pour repérer et faire circuler les bonnes pratiques. Présentation par Gregor Breucker (Allemagne), animateur de ce réseau.**

Influencé par la politique de promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui souligne l'importance d'une approche par les lieux de vie comme instrument de diffusion de bonnes pratiques en réponse aux besoins individuels de secteurs spécifiques, le monde du travail s'est peu à peu ouvert à la santé publique. Obéissant à cette influence, plusieurs programmes de promotion de la santé sur les lieux de travail ont été lancés dès la fin des années soixante-dix. Ils ont démarré en focalisant sur les traditionnels modes de vie, dans l'esprit de l'éducation pour la santé.

Aujourd'hui, plus de trente ans se sont écoulés et la promotion de la santé sur les lieux de travail revêt différents visages (1). On peut identifier une large gamme de nouveaux sujets, acteurs, coalitions et le développement et la mise en œuvre de nombreuses politiques et programmes. La promotion de la santé au travail doit être vue comme un engagement multiprofessionnel impliquant de nombreux acteurs et disciplines au sein de l'entreprise, comme les directeurs des ressources humaines, les chefs d'atelier, les directeurs hiérarchiques, les employés et leurs représentants, les professionnels de médecine du travail, les spécialistes en sécurité ainsi que des partenaires intervenant au-delà du cadre de l'entreprise, comme les organismes d'encadrement des entreprises et de l'industrie, les partenaires sociaux et les organismes de Sécurité sociale, entre autres. La priorité est aujourd'hui accordée à la conciliation travail/vie personnelle, aux changements démographiques et au vieillissement

de la main-d'œuvre, à l'augmentation du travail précaire et des inégalités en santé, à l'innovation et à la formation continue tout au long de la vie, aux restructurations organisationnelles et à leurs répercussions sur la santé et, enfin, à la notion de responsabilité sociale.

Les principes de la promotion de la santé sur les lieux de travail ont été élargis pour englober les structures de tout type, y compris les écoles, les établissements de santé, les centres d'aide sociale, les établissements du secteur de l'emploi et les administrations publiques.

## Intensification du travail

Les modifications complexes de nos sociétés provoquées par des changements socioéconomiques profonds affectant notre façon de travailler et de vivre sont le moteur le plus important de ce changement (2). L'intensification du travail, par exemple, figure parmi les tendances les plus significatives avec les répercussions que l'on connaît sur la qualité de vie familiale et sociale. L'intensification du travail regroupe diverses tendances qui, à partir des années quatre-vingt-dix, se sont généralisées à tous les pays industrialisés. Bien plus que l'augmentation des heures de travail, l'éloignement par rapport au «schéma professionnel traditionnel» (du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures) et la rigidité des plannings de travail, il s'agit désormais d'augmenter les performances, ce qui entraîne une redéfinition implicite du contrat de travail. L'équilibre travail/vie personnelle reflète clairement la transformation amorcée (3). Parallèlement à cela, nous

assistons au développement des emplois précaires (emplois sous-payés, postes pour personnel peu ou pas qualifié, emplois à temps partiel). Or, ces tendances font naître de nouveaux risques pour l'intégration sociale et, plus généralement, la qualité de vie.

La qualité de la vie professionnelle et celle de nos systèmes d'aide sociale, véritables fondements du développement et de la prospérité économiques de nos sociétés, sont étroitement liées (4). Il est donc essentiel de pouvoir trouver, aujourd'hui et demain, sur nos marchés du travail, des emplois de qualité, surtout pour les femmes. La qualité des emplois des femmes est un facteur déterminant pour, d'une part, combattre l'exclusion sociale et la pauvreté infantile et, d'autre part, créer de bonnes conditions pour élever les enfants, ce qui, à terme, se répercute positivement sur les générations suivantes, notre capital humain de demain! La transition amorcée vers un modèle d'économie fondé sur les connaissances entraîne déjà un changement dans les exigences fixées à la main-d'œuvre, en privilégiant les aptitudes et les compétences cognitives qui constituent les fondements de l'innovation.

Face à cette situation, la compréhension de la notion de santé au travail et de ses conséquences sur la qualité de vie et le développement économique a elle aussi changé. On parle désormais d'entreprise en santé, un concept qui place la santé au centre du fonctionnement de la structure tout entière. Cette nouvelle approche va au-delà de la sim-

ple promotion de la santé en faisant le lien entre santé, performances, apprentissage et créativité. La notion de structure en santé regroupe les pratiques sanitaires individuelles et les conditions générales de la structure (culture de l'entreprise et principes et valeurs de ses dirigeants) (5). C'est dans ce contexte que le Réseau européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP) a défini un schéma de son approche européenne pour la promotion de la santé au travail ; cette nouvelle approche, reflet des changements de la vie professionnelle et collective, élargit en même temps le rôle de la santé publique : le niveau et la qualité de la protection de la santé dans nos communautés devient un élément fondamental du développement social et économique à l'échelle locale, régionale, nationale et européenne.

### Où en est-on en Europe ?

L'état actuel de diffusion et de mise en œuvre de bonnes pratiques de promotion de la santé en Europe se caractérise par les observations suivantes :

- malgré l'émergence d'un nouveau concept de promotion de la santé au travail, les approches théoriques et pratiques varient énormément d'un pays à l'autre compte tenu de l'extrême diversité de l'orientation professionnelle des différentes disciplines, des cultures et des valeurs qui guident les relations entre les divers acteurs ;
- la base des connaissances sur les méthodes d'organisation de la vie professionnelle d'une manière qui soit favorable à la santé est bien établie mais les différentes sources de connaissances sont encore insuffisamment intégrées entre les différentes disciplines ;
- il existe un énorme fossé entre les connaissances disponibles et le niveau actuel d'application de celles-ci. La pro-

motion de la santé sur les lieux de travail est encore le privilège de certains types de structures (principalement les grandes entreprises privées) où l'accent est mis sur la gestion du personnel. Les PME, qui représentent la grande majorité des entreprises et l'épine dorsale de la plupart des économies, n'ont pour l'instant pas été vraiment touchées par les programmes de promotion de la santé sur les lieux de travail. Elles constituent également le talon d'Achille de la création d'emploi et de l'innovation pour l'économie de tous les pays de l'Union européenne ;

- rares sont les décideurs dans les administrations publiques, dans les institutions de sécurité sociale ou dans le domaine des affaires qui soient convaincus des répercussions positives des investissements en santé sur les lieux de travail (ou en santé communautaire) sur les objectifs sociaux, sanitaires ou économiques.
- par conséquent, la qualité des infrastructures susceptibles d'encourager la diffusion, l'extension et la mise en œuvre de bonnes pratiques est restreinte et caractérisée par une grande fragmentation. En revanche, la grande diversité de la région européenne constitue un vivier illimité de savoirs et de créativité.

Face à cet état des lieux, le Réseau européen de promotion de la santé au travail (ENWHP) présente une stratégie et des solutions opérationnelles. Ce réseau est une association non formelle d'institutions de santé publique et d'organismes de santé et de sécurité de tous les pays de l'Union européenne, des pays de l'Espace économique et de certains pays candidats, qui travaille, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, à la diffusion de bonnes pratiques avec l'appui des Programmes de

santé publique de la Commission européenne. Ce réseau se définit comme une aide à la diffusion de bonnes pratiques sanitaires au travail à l'échelle européenne. Dans le cadre de sa stratégie actuelle, l'ENWHP promeut le développement de réseaux ou de forums nationaux destinés à homogénéiser les actions au niveau européen et national. Ces réseaux/forums doivent servir de plate-forme efficace d'échange et de transfert de connaissances à l'intérieur des pays et entre les pays pour pallier la fragmentation des infrastructures européennes et encourager l'investissement dans de bonnes pratiques de santé au travail.

En France, l'initiative du Réseau européen est coordonnée par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) de Lyon, qui sert d'antenne nationale de contact du Réseau européen de promotion de la santé sur les lieux de travail.

#### Dr Gregor Breucker

Directeur adjoint, département de la santé  
BKK Bundesverband, Essen, Allemagne

Pour plus d'informations, consulter le site de l'ENWHP : [www.enwhp.org](http://www.enwhp.org) ou contacter par e-mail le secrétariat, domicilié à Essen/Allemagne : [enwhp@bkk-bv.de](mailto:enwhp@bkk-bv.de).

### ► Références bibliographiques

- 1) Chu C., Breucker G., Harris N., Stizel A. *Health-Promoting Workplaces – International Settings Development*. Health Promotion International 2000 ; 15 (2).
  - 2) Lowe G. *The Quality of Work. A People-Centred Agenda*. Toronto: Oxford University Press, 2000.
  - 3) Duxbury L., Higgins C. *Work-Life Balance in the New Millennium: Where Are We ? Where Do We Need to Go?* Ottawa: Canadian Policy Research Networks, Discussion Paper No. W-12, 2001. [[www.cprn.org](http://www.cprn.org)].
  - 4) Esping-Andersen G. et al. *Why We Need a New Welfare State*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Sauter S., Lim S., Murphy L. *Organizational Health: a New Paradigm for Occupational Stress Research at NIOSH*. Japanese Journal of Occupational Mental Health 1996; 4: 248-54.

## L'Allemagne sensibilise les PME à la santé au travail

**En Allemagne, les partenaires sociaux ont mis en place un programme pilote d'assistance aux petites et moyennes entreprises (PME) sur la santé et la sécurité au travail. Un guide pratique met à leur disposition l'expertise pour pouvoir agir et chaque PME peut bénéficier d'une évaluation des risques.**

### Expertise sur place

Des équipes d'experts en santé et sécurité sur le lieu de travail ont fourni sur place aux employeurs et aux employés des informations et des conseils dans le but d'appliquer les mesures de sécurité et de protection de la santé, conformément aux réglementations en vigueur. Dans la foulée de la visite de chaque entreprise, un rapport est rédigé, soulignant les domaines d'action, les mesures à entreprendre pour résoudre les problèmes identifiés et un plan d'action par priorité est conçu. La consigne a été donnée aux employeurs de transmettre les conclusions de ce rapport à chaque employé. Parallèlement, chaque entreprise s'est vu proposer des services de conseil supplémentaires spécialisés pour la résolution des problèmes liés au respect des mesures de protection et de sécurité au travail.

Les analyses ont révélé que les principales difficultés et barrières dans les petites entreprises ne sont pas de nature matérielle ou technique : elles sont le plus souvent liées à des problèmes d'organisation de la santé et de la sécurité dans l'entreprise et au volume de travail administratif que cela représente. Plus de 98 % des entreprises auraient besoin d'aide, en particulier concernant la documentation sur la manipulation des substances dangereuses, les niveaux sonores et les examens de santé. Le faible pourcentage des structures disposant d'une vraie politique de prévention (entre 2 % et 4 %) est principalement dû au fait que les sondages ont été réalisés lors d'une période de transition pour l'application des réglementations. De plus, de nombreuses entreprises sont très peu familiarisées avec les complexités des dispositions réglementaires sur l'hygiène, l'ergonomie et la médecine du travail, qui sont sans cesse modifiées et qui, pour certaines, sont uniquement compréhensibles des spécialistes.

### Un réseau d'assistance aux PME

À partir des résultats de ces évaluations, les organismes d'assurance accident ont mis au point un réseau d'assistance destiné aux PME impliquant de nombreux autres acteurs dont le groupement des caisses d'assurances santé North Rhine et le groupement pour les industries métallurgiques et de l'acier de Düsseldorf. Cette approche permet de respecter l'obligation de coopération entre les organismes d'assurance accident, les caisses d'assurance santé, les

autorités en matière de santé et de sécurité au travail, les entreprises elles-mêmes et tout autre partenaire.

Dans les PME, les employeurs prennent rarement le temps de lire des textes réglementaires complexes. C'est pourquoi un guide accessible, concis et pertinent sur les réglementations applicables a été rédigé. La clarté de sa présentation et le fait qu'il a été réalisé après consultation des divers acteurs impliqués font de cet outil une réponse efficace aux besoins des PME. Ce document est disponible sous forme de classeur, ce qui facilite la reproduction de chacune des pages. Par souci d'aisance de lecture, il est divisé en deux parties. La première comprend un aperçu de ses huit chapitres constitutifs. La seconde est davantage détaillée. Des adresses et des numéros de téléphone utiles sont répertoriés au dos. Ce document comporte également un Cd-rom qui illustre quelques modèles utiles de lettres et de formulaires.

### Bien accueilli dans les entreprises

La liste des règles en matière d'hygiène et sécurité au travail étant immense, les auteurs du guide ont décidé de ne se pencher que sur les points essentiels nécessitant une explication détaillée en prenant soin de répondre aux besoins spécifiques des PME. Après consultation, ils ont décidé de ne pas traiter des questions classiques de santé et sécurité sur les lieux de travail car les PME savent déjà comment aborder ces questions au quotidien. Les adhérents des caisses d'assurance accident peuvent se procurer ce guide gratuitement. Lors des visites de routine aux entreprises, des conseils sont dispensés sur la manière d'utiliser cet outil, dont des copies sont distribuées. Ce guide est également disponible auprès des centres de formation des caisses d'assurance accident, où ils sont utilisés lors de séminaires. Les associations liées à l'assurance accident peuvent également se procurer gratuitement ce guide, qui a été extrêmement bien accueilli dans les PME et même dans les entreprises de plus grande envergure.

**G.B.**

### Contact :

Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft  
M. W. Büchner. Tél. : 49 211/8224-526

En Allemagne, un réseau a été mis en place pour favoriser la prévention des risques pour la santé liés au travail dans les PME. Ces dernières ayant clairement besoin de l'implication d'une tierce partie pour développer ce type d'initiatives, ce sont les caisses de l'assurance accident obligatoire des industries métallurgiques et de génie mécanique qui ont décidé d'adopter une nouvelle approche de conseil et d'information.

Les PME, de un à trente employés, représentent environ 85 % des compagnies sociétaires de l'assurance accident. Entre avril 1995 et fin mars 1999, des journées de conseil ont été tenues auprès d'environ trente-deux mille de ces structures. Les conseils dispensés concernaient essentiellement les nouvelles réglementations et, en particulier, les récents amendements des réglementations sur la prévention des accidents (« spécialistes en sécurité du travail » et « médecins du travail »). Des recommandations ont également été émises sur la santé et la sécurité au travail et sur les mesures de prévention applicables. Une évaluation gratuite de chaque entreprise a été réalisée de manière à identifier les principales contraintes propres à chaque PME. Ces informations ont également servi à l'élaboration de mesures ciblées pour lutter contre les risques pour la santé sur le lieu de travail.

## Espagne : les représentants du personnel, promoteurs de la sécurité en entreprise

C'est une approche un peu différente qu'a choisie l'Espagne : plutôt que de sensibiliser les chefs d'entreprise, comme en Allemagne, l'initiative revient ici aux seuls syndicats, qui forment les représentants du personnel à la santé et à la sécurité au travail. Ces représentants deviennent ainsi les défenseurs de la promotion de la santé en entreprise.

En Espagne, les efforts de promotion de la santé en entreprise passent par l'Institut technique autonome (Istas), soutenu par l'un des principaux syndicats autour de la Confédération syndicale (CCOO). Ses principaux objectifs sont de développer les actions sociales afin d'améliorer les conditions et l'environnement de travail ainsi que la santé des travailleurs. Si l'on s'en tient aux résultats concrets obtenus, l'Istas a conçu une série de programmes d'intervention pour informer les professionnels de la santé et de la sécurité au travail et élargir le débat sur les questions de santé. Les mesures suivantes ont été prises :

- **information** : un service d'information et de documentation a été mis en place pour répondre aux questions liées à la santé au travail et à l'environnement de travail (y compris les problèmes d'ordre technique, légal ou les problèmes et questionnements des syndicats) ;
- **formation** : des programmes de formation ont été conçus spécialement dans le but d'améliorer les compétences des représentants des travailleurs, notamment en matière de santé et de sécurité ;
- **Évaluation** : un réseau décentralisé de bureaux syndicaux a été organisé pour évaluer l'efficacité des représentants des travailleurs et des comités d'hygiène et sécurité au travail ;
- **recherche** : des méthodes de recherche systématique ont été élaborées pour identifier les liens entre le travail, l'environnement de travail et la santé ;
- **diffusion de l'information** : plusieurs publications informatives ont été regroupées et un forum a été créé pour étendre le débat social sur la santé au travail et l'environnement de travail.

### Une revue de qualité pour les professionnels

*Por experiencia* est une revue trimestrielle distribuée gratuitement à quelque trente-deux mille représentants du secteur santé et sécurité au travail et environ huit mille personnes des services de prévention, de recherche et d'enseignement. Son objectif principal est de diffuser, de façon accessible et motivante, des informations pertinentes sur la promotion de la santé et des pratiques efficaces de prévention dans le but d'améliorer les compétences des représentants des travailleurs en matière d'hygiène, de santé et de sécurité au travail. *Por experiencia* est également disponible en ligne :

<http://www.ccoo.es/istas/pe>. La version électronique est facilement accessible et très conviviale. Les options interactives et les animations prévues permettent de présenter les informations de façon attractive et vivante. Ce site Internet a reçu un label de qualité délivré aux sites Internet qui remplissent des critères stricts de contenus, de professionnalisme, de convivialité et d'originalité.

Cette revue comporte six rubriques :

- un point d'information résumant les nouvelles et les déclarations les plus récentes ;
- une section sur les conditions de travail comprenant des articles traitant d'un large éventail de sujets ayant des répercussions sur la santé, comme les troubles musculo-squelettiques, les risques de perte d'emploi, les dangers de l'amiante, etc ;
- un dossier consacré à des sujets d'actualité sur la santé et la sécurité tels que les risques liés à l'utilisation de pesticides, les agences de travail temporaire ou bien les maladies et accidents du travail courants ;
- une section opinion/entrevues rapportant des points de vue ou des entrevues avec des experts en santé et sécurité au travail ou spécialisés dans d'autres disciplines (scientifiques, sociales, etc.) ;
- un point sur les activités syndicales présentant les contributions de personnes agissant sur le terrain ;
- un coin d'échange conçu pour créer un lien entre les délégués, un espace d'échange d'informations et de publication de lettres.

### Développer les comités d'hygiène et de sécurité

La publication *Por experiencia* est principalement destinée aux représentants des travailleurs mais elle n'en oublie pas pour autant les professionnels de l'hygiène, de la santé et de la sécurité au travail, ni même tout individu intéressé par ces sujets. Des efforts sont actuellement menés pour impliquer les PME. L'amélioration de la santé dans les PME fait partie des objectifs spécifiques, tout comme l'amélioration de la santé et de la sécurité dans les secteurs à hauts risques. Afin de cibler au mieux les besoins spécifiques des PME, les critères de convention collective 2001 faisaient état du besoin d'intégrer les comités paritaires d'hygiène, de santé et de sécurité au travail. Cette volonté a été renforcée par le financement d'interventions dans le domaine de la santé et de la prévention décidé par le gouvernement. De nombreuses études montrent que, dans le domaine de la santé, plus la formation des délégués est longue et plus leurs actions s'inscrivent dans une démarche proactive. La revue *Por experiencia* y contribue en informant sur les problèmes de santé et en proposant en permanence des informations sur les solutions pratiques aux problèmes et aux nouvelles tendances dans le monde de la santé au travail.

G.B.

**Contact** : Dr Maria Dolores Solé. INSHT-CNCT.  
E-Mail : [dolores@mtas.es](mailto:dolores@mtas.es)

## France : des salariés vigies du risque professionnel

Sur ses deux sites de production en Alsace (1 600 salariés), le groupe Hager a mis en place un dispositif de prévention des troubles musculo-squelettiques. L'action est centrée sur l'amélioration de l'ergonomie des postes de travail, les salariés jouent un rôle central d'alerte en cas de situation à risque.

Dans ses usines alsaciennes d'Obernai et Bischwiller, la société Hager emploie mille six cents personnes sur des chaînes de montage de composants de petite taille pour la fabrication d'appareils électriques. Le travail répétitif dans des cycles très courts est extrêmement contraignant pour les membres supérieurs.

En prévention de troubles musculo-squelettiques, la société applique, depuis 1998, une politique active basée sur une approche des pathologies par plusieurs facteurs ; cette approche englobe, à la fois, une dimension biomécanique et une dimension psychosociale. Grâce à un soutien important de la direction et du service médical, des groupes de travail multidisciplinaires se sont constitués pour appliquer les actions destinées à améliorer l'ergonomie des postes de travail et les outils d'analyse des risques.

L'ensemble de ces actions intègre également la douleur comme indicateur efficace et précocité des situations à risque. Un système « d'alerte ergonomique » impliquant une rectification rapide des situations à risque a été conçu à partir de l'analyse des doléances des employés auprès du service médical.

L'entreprise élabore actuellement une politique d'intégration de recommandations en termes d'ergonomie pour la conception des chaînes de production et des postes de montage, ainsi qu'une politique de communication et de formation pour assurer une sensibilisation à large échelle. Hager déclare avoir ainsi « réussi à juguler la progression des troubles musculo-squelettiques par la mobilisation durable de divers intervenants aux compétences variées et grâce à l'intégration des données sanitaires dans les indicateurs de performance de l'entreprise ». Un exemple de pratique intéressante, diffusé hors de France grâce au réseau européen.

G.B.

# Comment articuler recherche, politique et pratique ?

## Le Royaume-Uni, cas d'école

**Le Royaume-Uni a mis en place, depuis 2002, un programme de réduction des inégalités de santé, véritable cas d'école pour la promotion de la santé : comment en effet articuler recherche, politique et pratique, en l'absence de travaux scientifiques démontrant l'efficacité des interventions ? Pour mieux guider les choix politiques, Don Nutbeam, qui a dirigé entre 2000 et 2003 le département de santé britannique, préconise de réorienter la recherche vers l'évaluation de l'efficacité des actions.**

En 2002, le Trésor et le ministère de la Santé britanniques ont publié conjointement un rapport sur la lutte contre les inégalités en matière de santé (*Tackling Health Inequalities*). Cette étude a été rédigée dans le cadre du programme de travail lancé par le gouvernement britannique sur les différentes options pour le plan 2003-2006 de dépenses et d'investissements publics. Elle a réuni, pour la première fois, des ministres et des responsables de divers départements ministériels et des chercheurs, universitaires, pour étudier la manière de mieux faire coïncider les ressources existantes et les besoins de santé et développer une stratégie à long terme destinée à pallier les inégalités actuelles.

Ce rapport indique clairement que de nombreuses disparités en matière de santé entre les individus peuvent être évitées et résultent souvent d'inégalités importantes en matière d'accès aux soins ou à d'autres ressources, de même que de différences dans le choix de vie des individus. Le rapport reconnaît que ces inégalités sont, à la fois, « évitables et injustes ».

Ces inégalités et leurs répercussions sur la santé sont complexes, difficiles à expliquer et à corriger. Cette complexité

a souvent abouti à une « paralysie de l'analyse » chez les universitaires et les décideurs, amenant des études et des débats sans fin sur la nature du problème mais très peu d'actions effectives pour y remédier.

### Recherche : l'évaluation, maillon faible

Au Royaume-Uni, par exemple, il existe un gros volume de recherches qui décrivent ces inégalités en matière de santé mais rares sont celles s'appliquant à identifier des solutions concrètes. Le volume des preuves le plus important sur ce qu'il conviendrait de mettre en place provient d'études conçues pour modifier les comportements à risque individuels. Ces recherches ont souvent été menées auprès de populations spécialement sélectionnées qui ne sont pas toujours représentatives des groupes sociaux sur lesquels doivent porter les efforts de réduction des inégalités. À l'inverse, très peu de recherches sont actuellement financées ou effectuées pour évaluer l'efficacité des interventions sur des facteurs déterminants sociaux, environnementaux et économiques plus larges de la santé. Peu de données probantes sont disponibles quant à l'étude des coûts et des avantages respectifs des diverses approches politiques.

Ce manque de preuves fiables et les incertitudes qui en découlent constituent de vrais dilemmes pour les gouvernements (1). Par conséquent, il est tentant de ne rien faire en attendant d'avoir des données plus convaincantes ou de limiter les efforts aux seules interventions pour lesquelles les preuves d'efficacité ont été faites, ce qui aboutit à des réponses limitées.

Ce risque d'inertie a été souvent souligné. Parmi les multiples études réalisées, N. Black, par exemple, souligne que les décisions politiques en matière de santé publique sont inévitablement et proprement dictées par des considérations politiques au même titre que par les preuves scientifiques disponibles (2). G. Davey-Smith et ses collaborateurs, quant à eux, montrent que les données sur lesquelles se fondent les appréciations de ce qu'il convient de faire se limitent encore et toujours aux interventions médicales ou à celles qui portent sur les comportements individuels. Le risque, comme l'explique Davey-Smith, est d'apporter une « bonne réponse à une mauvaise question » (3).

Le rapport du Trésor britannique fait état de ce problème :  
« Étant donné que les preuves disponibles sont de nature diverse, il aurait été tentant de choisir l'option facile et de por-

*ter l'attention sur les facteurs de risque pris individuellement, dont les éléments variables sont plus facilement influencés ou mesurés par les actions de services ou départements individuels. Mais cela reviendrait à dresser un bilan partiel et biaisé du problème et de ses causes. Le rapport a préféré essayer d'identifier un mélange d'interventions entre différents départements et services et à l'intérieur même de ceux-ci ; la priorité étant donnée aux domaines disposant des données les plus probantes. Pour ceux où peu d'études étaient disponibles mais où l'on disposait de données qualitatives satisfaisantes, des avis ont été émis. » (4).*

Ces « avis » ont permis d'établir un programme d'action ambitieux de lutte contre les inégalités que le Premier ministre britannique, Tony Blair, a qualifié d'« ensemble d'actions interministérielles destinées à attaquer à la source les inégalités et les problèmes en matière de santé » (5).

### **L'efficacité, critère pour les politiques**

Cette étude de cas de l'Angleterre donne un bon exemple des débats et dilemmes que soulève l'absence, ou la faiblesse, de données probantes pour orienter les interventions (surtout celles destinées à pallier les inégalités en matière de santé). L'expérience anglaise

illustre également certaines difficultés inhérentes à l'utilisation des preuves pour orienter les décisions politiques. Ceux qui sont intéressés à mieux réaliser le transfert des résultats de recherche à la décision politique et à la pratique peuvent apprendre beaucoup en observant de manière critique les processus qui ont mené au développement des politiques, comme le Programme d'action du gouvernement britannique.

L'élaboration de politiques n'est que rarement un événement isolé ou même un ensemble explicite de décisions élaborées à partir de résultats d'études concrètes conformément à un programme prédéfini. Les décisions politiques s'inscrivent souvent dans un processus en permanence soumis à révision et remaniement. Tel a été le cas pour le Programme d'action britannique, fruit d'une série de rapports et d'analyses venant affiner la définition du problème des inégalités en matière de santé en Angleterre et proposer diverses pistes pour le résoudre. À l'origine de ce programme : une enquête « scientifique » conduite par Donald Acheson (6), une consultation « publique » visant à rassembler des expériences pratiques de lutte contre les inégalités (7) et un rapport essentiellement « économique » décrit plus haut (4).

L'élaboration d'une politique repose par nature sur un processus politique et le calendrier des décisions est en général dicté tant par des considérations politiques que par des éléments scientifiques (2). Dans ce contexte, la politique va découler de résultats scientifiques, si résultats il y a, et s'ils sont accessibles au moment voulu (plausibilité scientifique), si ces résultats d'études entrent (naturellement ou moyennant révision) dans la vision politique du gouvernement en place, si les ressources et les moyens nécessaires sont (ou pourraient être) disponibles pour mettre en œuvre les actions identifiées par les études et si les réseaux, les structures et les capacités d'action existent (facilités de mise en œuvre) (8).

Dans l'exemple dont on parle ici, les résultats de l'enquête Acheson étaient disponibles et accessibles au moment voulu et présentés conformément à la vision politique en vigueur (6). La consultation publique qui a suivi, lancée par le ministère de la Santé, a iden-

tifié quelques exemples concrets de programmes efficaces de lutte contre les causes et les effets des inégalités en matière de santé, permettant de mieux comprendre la manière dont il faut œuvrer au niveau des communautés locales. Cette consultation a également conforté l'idée que les moyens et les structures nécessaires existaient pour soutenir l'action du gouvernement (7). Les trois conditions fondamentales décrites ci-dessus étaient donc réunies : l'action recommandée était scientifiquement plausible, elle entrait dans le cadre de la vision politique du moment et était prête à être mise en place.

### Communiquer aux politiques les résultats de la recherche

L'amélioration de la qualité des preuves pour renseigner les politiques passe par une réorientation de la recherche dans ce but. Pour cela, il est nécessaire d'investir dans des recherches consacrées à tester des interventions et de réaliser un meilleur équilibre entre les études visant à évaluer l'efficacité des interventions et celles dont l'objet est de mieux comprendre les processus de mise en œuvre.

Un deuxième défi consiste à trouver les moyens pour que les résultats de

recherches fassent partie d'un processus fluide de prises de décisions politiques. Cela relève, à la fois, de la responsabilité de ceux qui établissent les preuves et de ceux qui les utilisent. Pour les auteurs des études (les chercheurs) et ceux qui souhaiteraient voir leurs conclusions utilisées (les professionnels et avocats de la santé), l'objectif est d'assurer un accès aux informations en temps voulu et d'utiliser au mieux les techniques de communication et de gestion des incertitudes relatives à la répétition des actions et à la prévisibilité des résultats. Pour les professionnels du service public qui exploitent ces études dans l'élaboration des politiques, l'objectif est de développer des compétences pour mieux apprécier de manière critique les preuves qui leur sont fournies par la recherche et mieux juger de la manière de faire coïncider résultats disponibles, priorités politiques et actions concrètes pour atteindre les résultats escomptés.

Il serait par ailleurs bénéfique que, dans le domaine de la santé publique, les chercheurs et les professionnels de santé reconnaissent le caractère fondamentalement politique du processus d'élaboration d'une politique et qu'ils s'y impliquent davantage. Pour ce faire,

ils devront fournir les données nécessaires en temps voulu et sous la forme la plus susceptible d'influencer les décisions en fonction de la tendance politique du moment. Dans cet environnement plus complexe, le développement de réseaux et de relations étroites avec des fonctionnaires et des politiques peut souvent créer un terrain favorable et durable pour influencer les décisions politiques (8).

#### Don Nutbeam<sup>1</sup>

Vice-recteur et responsable de la faculté des sciences de la santé, Université de Sydney, Australie.

1. L'auteur a dirigé le Département de santé publique du ministère de la Santé britannique entre 2000 et 2003. Il a été chargé de la définition des politiques et du programme d'action de lutte contre les inégalités en matière de santé dont il est fait état dans cet article.

### Références bibliographiques

- (1) Macintyre S. *Evidence-based policy making*. *British Medical Journal*, 2003; 326, 5-6.
- (2) Black N. *Evidence-based policy: Proceed with care*. *British Medical Journal*, 2001; 323, 275-9.
- (3) Davey-Smith G., Ebrahim S., Frankel S. *How policy informs the evidence*; *British Medical Journal*, 2001 ; 322, 184-5.
- (4) HM Treasury/Department of Health. *Tackling health inequalities: Summary of the 2002 Cross Cutting Review*. Department of Health, London 2002. (<http://www.doh.gov.uk/healthinequalities/ccsrsummaryreport>).
- (5) Department of Health. *Tackling health inequalities: A Programme for Action*; Department of Health 2003, London. (<http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>)
- (6) Department of Health *Inequalities in health: report of an independent inquiry chaired by Sir Donald Acheson*. Stationery Office 1998, London (The Acheson Inquiry Report).
- (7) Department of Health. *Tackling health inequalities: the results of the consultation exercise*. Department of Health 2002, London. (<http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>)
- (8) Nutbeam D. *How does Evidence Influence Public Health Policy – Tackling health inequalities in England*. *Health Promotion Journal of Australia* 2003;14, 154-8.

# Espagne : passer de la prévention à la promotion de la santé

**En dépit de quelques progrès récents, l'Espagne continue de privilégier une approche de prévention pour changer les comportements plutôt qu'une démarche de promotion de la santé prenant en compte les facteurs – sociaux et autres – déterminants de la santé. Des initiatives intéressantes se développent, mais elles restent peu soutenues. Concha Colomer et Rosana Peiró, toutes deux expertes en promotion de la santé à Valence, préconisent un développement de la formation et de la recherche pour améliorer le professionnalisme et la crédibilité de la promotion de la santé.**

En Espagne, ce que l'on désigne habituellement par « promotion de la santé » se rapproche plus conceptuellement d'activités de prévention, visant essentiellement à réduire la morbidité et la mortalité, que de la notion de gains de santé. De surcroît, la majorité de ces activités est conçue et appliquée, le plus souvent, de façon verticale et paternaliste, sous la direction du personnel médical, sans prévoir une écoute préalable ni une participation active des personnes ciblées par les campagnes ou les programmes.

Dans certains lieux, des professionnels se sont préoccupés de la faible efficacité des programmes d'éducation pour la santé qu'ils appliquent depuis des années. Aussi, malgré l'absence de ressources humaines et de soutien gouvernemental pour mener à bien des actions sur l'environnement, ils ont mis au point des activités éducatives davantage participatives et créatives comme, par exemple, des ateliers. Force est de constater qu'il s'agit là d'une avancée importante par rapport aux entretiens éducatifs unidirectionnels classiques, même si l'objectif reste inchangé et qu'il s'agit encore et toujours de modifier les comportements ou, tout au plus, de responsabiliser les individus.

Le ministère de la Santé lui-même, pourtant responsable de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, ne dispose pas d'indicateurs spécifiques pour la supervision de ces activités et de ces programmes. Selon un rapport de la Société espa-

gnole de santé publique (1), les seuls éléments pour lesquels des indicateurs quantitatifs précisément définis sont disponibles sont ceux liés à certains comportements à risques (consommation d'alcool, de tabac et de drogues psychoactives). En revanche, tout ce qui suppose des interventions multisectorielles et structurelles manque d'indicateurs pertinents. Et même en ce qui concerne les premiers éléments mentionnés, les indicateurs disponibles sont insuffisants pour évaluer correctement les processus car ils ne prennent en compte que les résultats.

## Promotion de la santé : reconnue dans les textes

La loi générale de santé de l'Espagne (1986) identifie la promotion de la santé comme un domaine d'intervention à part entière de l'administration sanitaire et spécifie qu'il faut mettre en place, de façon systématique, des actions d'éducation sanitaire, discipline clé de l'amélioration de la santé individuelle et communautaire. Elle souligne également l'importance de la collaboration intersectorielle pour travailler, avec d'autres départements, à l'élaboration et à l'application de la législation dans les domaines liés à l'environnement, aux formes d'énergie, aux transports en commun, au logement et à l'urbanisme, au milieu scolaire, aux structures sportives et de loisirs, au milieu professionnel et à tout autre environnement de vie. Selon cette même loi, les caractéristiques fondamentales du système national de santé sont l'organisation des soins de santé dans leur globalité, qui

comprend aussi bien la prévention et la promotion de la santé que la lutte contre les maladies et la rééducation. Elle prévoit également d'organiser le territoire en plusieurs secteurs sanitaires pour la prestation des services de soins primaires à l'attention de l'individu, de la famille et de la communauté et le développement de programmes de promotion de la santé, de prévention, de lutte contre les maladies et de rééducation. Elle stipule, en outre, que ces secteurs doivent intégrer un organe actif de collaboration, le Conseil de la santé.

## Une situation très disparate

Dans le cadre du développement politique des dix-sept communautés autonomes, les services de santé publique ont été décentralisés, ce qui a donné lieu à des situations disparates en termes de santé publique et de promotion de la santé. Certaines communautés autonomes, comme la communauté de Valence, ont ainsi organisé ces services indépendamment des soins de santé primaire en créant des missions spécifiques et des postes consacrés à ces missions, alors que d'autres communautés ont décidé d'opérer une fragmentation des structures de santé publique et des structures de santé primaire. Le ministère de la Santé et de la Consommation reste responsable de la coordination dans l'ensemble de l'État espagnol. En 1987, le Conseil interterritorial du système national de santé, défini comme une structure de coordination au niveau ministériel, a été créé. En 1992, il a débuté son action de coordination dans le secteur de la santé

publique et, en 1998, dans celui de la promotion de la santé. Ses objectifs sont :

1. d'assurer de façon continue la communication et le partage des bonnes pratiques en promotion de la santé ;
2. d'analyser les problèmes communs et d'envisager des stratégies pour les résoudre ;
3. de développer les activités nécessaires pour promouvoir la qualité des interventions en promotion de la santé ;
4. de fournir les informations nécessaires à une participation active à l'échelle européenne. Ce groupe a travaillé sur divers dossiers, comme celui de la création du système national d'information en promotion de la santé et en éducation pour la santé (Sipes) ou le programme de promotion de la santé à l'attention des adolescents.

### **Cruelle absence de formation en promotion de la santé**

En Espagne, l'offre de formation en santé publique est faible ; elle l'est encore plus en promotion de la santé. Il n'existe pas de programmes spécifiques de formation pré ou postuniversitaires, de doctorat ou de master en promotion de la santé. Les formations existantes se limitent à quelques matières optionnelles ou à des cours de durée limitée intégrés à des cours plus généraux de santé publique. Il convient toutefois de souligner l'existence de sept institutions qui proposent régulièrement une formation spécifique en promotion de la santé (2).

La recherche en promotion de la santé est, elle aussi, limitée. Elle est menée essentiellement dans quelques universités et écoles de santé publique et dans le cadre de certains programmes de santé primaire. Dans *HP Source*, (voir l'article de Catherine Jones dans ce dossier) sept institutions réalisant régulièrement des recherches ont été identifiées. Il s'agit des sept institutions proposant une formation spécifique que nous venons d'évoquer. Nous nous sommes prêtées à un petit exercice qui illustre bien la situation. Sans vouloir passer en revue de façon exhaustive toute la bibliographie disponible, nous avons fait une recherche sur Medline (toutes années confondues) en utilisant « promotion de la santé » et « Espagne » comme mots-clés. Nous avons obtenu deux cent douze articles. En utilisant « éducation pour la santé » et « Espagne »

nous en avons obtenu quatre cent vingt-cinq. Cela nous donne un aperçu caractéristique de la situation.

Si l'on examine la situation de la promotion de la santé en Espagne à la lumière de la charte d'Ottawa, l'on peut établir le constat suivant :

**1. Élaboration de politiques publiques saines** : bien que de nombreuses communautés autonomes aient fait l'effort de formuler des plans de santé qui auraient pu servir de plateforme au développement de politiques de santé ambitieuses, il convient de constater que ce développement s'est limité au secteur sanitaire avec, tout au plus, quelques collaborations avec le secteur éducatif dans le cadre de programmes d'éducation pour la santé. Les

interventions intersectorielles destinées à aborder, de façon concrète et explicite, avec les acteurs des secteurs public et privé et de la communauté certains aspects clés ayant d'importantes répercussions sur la santé publique, comme les transports, la consommation de drogues, l'agriculture ou le tourisme (entre autres) n'ont été que des vœux pieux ou des expériences ponctuelles de recherche qui ont souffert de l'absence de soutien politique, technique et financier nécessaire (3). Alors même que les inégalités sociales ne font qu'augmenter et que les disparités hommes/femmes persistent, aucune politique sérieuse ne s'est encore penchée sur la question (1). Les conséquences de cette situation sont que les concepts finissent par perdre de leur force et se confondre. Ainsi, il n'est pas rare de confondre

politiques de santé et politiques des services de santé, en oubliant leur caractère original et leurs spécificités.

## 2. Création de milieux favorables :

certaines initiatives existent : écoles promotrices de santé, lieux de travail favorables à la santé, villes en santé, prisons et hôpitaux promoteurs de santé, mais leur développement reste très variable et peu durable par manque de ressources et d'appui législatif (4, 5). Les professionnels et les organisations qui participent à ces initiatives ne sont absolument pas encouragés dans leurs efforts ; à peine sont-ils reconnus. Par conséquent, aujourd'hui, tout repose sur la seule bonne volonté de quelques professionnels ou décideurs politiques. Les initiatives existant, à l'exception des Villes en santé, qui existent depuis plus de dix ans et qui disposent de structures dans le cadre de réseaux régionaux, sont relativement récentes, ce qui ne rend pas facile l'évaluation de leurs résultats ni des processus de mise en œuvre (6). Dans tous les cas de figure, elles ne paraissent pas avoir obtenu, jusqu'à présent et à de rares exceptions près, un impact important dans les politiques de

santé des communautés autonomes ou de l'État espagnol. L'absence d'indicateurs spécifiques d'évaluation de leurs objectifs est une entrave de plus à l'évaluation des progrès dans ces domaines et dans leur comparaison. En règle générale, les actions concrètes de promotion de la santé de ces programmes sont davantage orientées vers l'information sur la santé et la prévention des maladies que sur le développement des compétences et la responsabilisation de la population ou sur l'amélioration de la qualité des environnements (1).

## 3. Renforcement de l'action communautaire :

bien que la loi générale de santé propose un cadre de création d'organismes de participation communautaire à la gestion des services de santé, leur développement reste limité et ceux qui ont été créés entre la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix ont vu leurs pouvoirs et leurs compétences décliner peu à peu. Les relations entre communautés et services de santé restent autoritaires et paternalistes et ne laissent pratiquement aucun espace pour une participation active pouvant aller au-

delà du « consentement éclairé » et de la participation passive en vigueur (assistance à des programmes ou activités préventives, entretiens d'information, etc.).

## 4. Acquisition d'aptitudes personnelles :

les activités d'information et d'éducation sont mises en place dans tous les domaines depuis plusieurs décennies, tant au niveau individuel en santé primaire que dans les écoles, en collaboration plus ou moins fructueuse avec les structures sanitaires et éducatives. Ces interventions d'information (et parfois d'éducation) sont marquées par une tradition historique. Elles sont de type quantitatif et bien acceptées des professionnels, des décideurs politiques et même de la population. La perpétuation et l'extension de leur mise en œuvre, malgré leur efficacité limitée, s'expliquent uniquement par le manque d'information d'ordre général, la pénurie des ressources de soutien des professionnels de la santé et la volonté des décideurs politiques, pour qui il est plus facile de détourner la responsabilité des problèmes sur la population plutôt que de s'attaquer aux

## ► Références

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la Salud. [http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional\\_prevenccion.htm](http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevenccion.htm)
- La participación democrática en el Sistema Nacional de Salud. Subdirección general de Relaciones Institucionales y Alta Inspección. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997
- Segura A, Villabi JR., Mata E., de la Puente MLL, Ramos-Juan O., Treserras R. Las estructuras de salud Pública en España. Un panorama cambiante. Gaceta Sanitaria 1999 ; 13 :218-25.
- Segura A, Larizgoitia I, G.Benevides F, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. Gaceta Sanitaria 2003 ; 17 (Supl 3) :23-34.
- Peiró R. Políticas públicas saludables. Revisión de la Estrategia de « Salud para Todos » en España. Alvarez-Dardet C., Peiró S. Madrid :Eds. Masson, 2001.
- Paredes J., Elzondo A., Muñoz A., Colomer C. Taller de salud: intervenciones participativas para la prevención y control del sida en un centro penitenciario. Trabajo Social y Salud 1995; 22: 25-40.
- Garrido P., Castillo L., Colomer C. ¿Son efectivos los tratamientos para dejar de fumar? Meta-análisis de la literatura sobre deshabituación

- tabaquica. Adicciones 1995; 7: 211-25.
- Paredes J., Colomer C. Medio penitenciario, Vlt/sida y promoción de la salud.[carta] Gac Sanit 1997; 11: 45-7.
- Hernandez J., Colomer C., Paredes J., Tomas A., Gavara A. ¿Participación o representación de los usuarios ? Todo Hospital 1997;138:7-11.
- Paredes J., Colomer C. Prevención del Vlt/sida en el medio penitenciario: una experiencia de planificación participativa. Gac Sanit 2001; 15 (1): 41-7.
- Vaandrager H.W., Koelen M.A., Ashton J.R., Colomer Revuelta C. A four-step health promotion approach for changing dietary patterns in Europe. European Journal of Public Health 1993; 3: 193-8.
- Escrivá V., Colomer C., Más R. Working conditions and the decision to breastfeed in Spain. Health Promotion International 1994 ; 9 : 251-8.
- Dean K., Colomer C., Perez-Hoyos S. Research on lifestyles and health: searching for meaning. Soc Sci Med 1995 ;41 :845-55.
- Mas R., Escrivá V., Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? Scan J Soc Med 1996; 24: 102-6.
- Boonekamp G.M., Gutierrez-Sigler M.D., Colo-

- mer C., Vaandrager H.W. Opportunities for health promotion: the knowledge and information system of the Valencian food sector, Spain. Health Promotion International 1996; 11: 309-17.
- Boonekamp G.M., Colomer C., Tomás A., Nuñez A. Healthy Cities evaluation: the co-ordinators perspective. Health Promotion International 1999; 14: 103-10.
- Koelen M.A., Vaandrager L., Colomer C. Health promotion research: dilemmas and challenges. J Epidemiol Community Health 2001 ; 55.
- Colomer C., Alvarez-Dardet C., Guillem J.V., Goitre A. Building Healthy Policies with Tourism and Agriculture as Partners. Serie Leading Edge nº 2. WHO-Euro, 1996.
- Colomer C. Lessons learned about Healthy Public Policies and Intersectoral work. En : Kolusalo M, Santalahti P. Healthy Public Policies in Europe-Integrating Health in Other Policies. Occasional Paper nº 6, 1999. [http://www.stakes.fi/gaspp/occasional\\_papers-list.html](http://www.stakes.fi/gaspp/occasional_papers-list.html)
- Red Europea de Escuelas Promotoras de salud. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <http://www.mec.es/cide/innovación/programas/reeps/enlaces>

modifications structurelles nécessaires à la lutte contre les facteurs sociaux, responsables des problèmes de santé. Tout cela nourrit un flou général et un certain discrédit vis-à-vis de la promotion de la santé qui est, dans de nombreux domaines, identifiée à l'éducation pour la santé. Ce qui manque aujourd'hui, c'est une prise en compte de la complexité des styles de vie qui aille au-delà du simple fait de répertorier des comportements à risques et des comportements favorables à la santé pour enfin poser cette équation que personne ne sait résoudre en termes de santé, à savoir l'interaction avec d'autres facteurs, comme le stress, le soutien social et les ressources disponibles, qui conditionne en grande partie les effets desdits comportements sur la santé. Le fait que ces questions ne soient pas prises en compte, ni dans les politiques, ni dans la recherche, semble davantage lié à la difficulté à les mesurer qu'au manque d'importance de leur impact sur la santé. Parmi les comportements d'abus de substances nocives induisant des dépendances, le plus étudié et combattu reste la consommation de tabac dont l'importance et les conséquences (morbidité et mortalité) sont parmi les plus faciles à évaluer. À l'inverse, certains comportements, comme la

consommation d'alcool, dont les conséquences sont pourtant dévastatrices (accidents, violence) ne sont que timidement abordés.

**5. Réorientation des services de santé :** la réorientation amorcée des services de santé en Espagne et la préoccupation actuelle pour l'amélioration de leur qualité se fondent sur des critères d'assistance et de technologie pour diagnostiquer et traiter les maladies et des critères d'efficacité économique du système. On s'intéresse peu à la qualité en termes de qualité de vie des personnes et la promotion de la santé n'est toujours pas considérée comme un investissement mais plutôt comme un coût supplémentaire aux avantages non vérifiés. Les professionnels n'envisagent pas le travail intersectoriel dans leurs fonctions ni ne conçoivent leur rôle de médiateur ou d'avocat de la promotion de la santé au sein de la communauté dans laquelle ils interviennent. Rien n'est fait pour permettre aux professionnels d'aller au-delà des services cliniques et médicaux. Il n'existe pas de formation qui permette aux professionnels d'acquérir les connaissances, les compétences et les outils pour promouvoir la santé ni de recherche pour soutenir leurs pratiques.

Dans cet article, nous mettons en évidence la situation de la promotion de la santé en Espagne – une situation commune à de nombreux pays voisins ou d'autres régions – qui est caractérisée par une contradiction entre l'approche actuelle des problèmes de santé et leurs causes réelles. Les actions menées sont paradoxales et peu efficaces, d'abord parce qu'elles ne sont pas appropriées, ensuite parce qu'elles ne ciblent pas l'origine, la source principale des problèmes et, enfin, parce qu'elles évitent d'aborder les transformations nécessaires de l'ensemble des facteurs déterminants de la santé, y compris les facteurs sociaux.

#### Concha Colomer

Directrice du département de Promotion de la santé, École des sciences de la santé (EVES), Valence (Espagne).

#### Rosana Peiró

Experte en promotion de la santé, Centre de santé publique, Alzira - Valence, (Espagne).

## ► Références bibliographiques

- (1) Informe SESPAS 2000. Disponible en : [http://www.sespas.es/fr\\_inf.html](http://www.sespas.es/fr_inf.html)
- (2) The Comprehensive Database of Health Promotion Policies, Infrastructures and Practices. HP Source 2004. Disponible en : <http://www.hp-source.net/>
- (3) Colomer C., Alvarez-Dardet C., Guillem JV., Goitre A. *Building healthy public policies with tourism and agriculture as partners: notes from the first phase of a WHO/Europe demonstration project in the Valencian Community*. Regions for Health Network, Leading Edge 2. <http://www.who.dk/tech/hs/edge2.pdf>
- (4) Paredes J. Promoción de la salud en el medio penitenciario. En : Colomer C., Alvarez-Dardet C. Editores. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson : 2001.
- (5) Núñez A., Colomer C., Peiró R., Alvarez-Dardet C. *The Valencian Healthy Cities Network: Assessment of the implementation process*. Health Promot Int 1994 ;9 :189-98.
- (6) García Barbero M. Hospitales Saludables. En: Colomer C., Alvarez-Dardet C. Editores. *Promoción de la salud y cambio social*. Masson 2001

# Lutte contre le sida : la méthode roumaine s'exporte chez les voisins

**Deschide Ochii! Deschide Inima! – (« Ouvre les yeux ! Ouvre ton cœur ! ») scande la campagne roumaine de lutte contre le sida. La Roumanie est le pays européen qui compte le plus grand nombre d'enfants porteurs du VIH ; la contamination s'est faite par le sang et les seringues dans les années quatre-vingt. Depuis, avec le soutien international, le pays a mis en place un plan massif de prévention destiné aux jeunes. Cette démarche a inspiré des initiatives similaires dans les pays voisins.**

Dans n'importe quel pays, parler de la promotion de la santé et des jeunes peut se révéler très simple ou très compliqué. Très simple parce que, généralement, les jeunes, où qu'ils vivent, ont une ouverture d'esprit, une adaptabilité et une rapidité pour adopter de nouveaux comportements – y compris certains favorables à la santé – que n'ont pas forcément les personnes des autres catégories d'âge. À l'inverse, ce peut être très complexe car, du haut de nos savoirs de spécialistes, nous pensons généralement connaître ce qui est le mieux pour nos enfants et les jeunes en général, ce qui n'est pas forcément vrai.

En Roumanie, il y a trois ans, un groupe de jeunes a proposé de réaliser « quelque chose » pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), qui informerait les jeunes sur les différentes maladies et leur mode de transmission et de prévention. Ils voulaient que ce « quelque chose » soit... un jeu électronique. Ils ont donc réussi à concevoir un véritable outil éducatif dans un domaine aussi médicalisé que la prévention des IST. En Roumanie, en 1999, cela paraissait « mission impossible », ce qui aurait été probablement le cas également dans n'importe quelle autre partie du globe. Il était prévu que ce jeu fasse partie d'un ensemble complet de documents éducatifs comprenant une brochure, une affiche, un dépliant et un site Internet interactif sur lequel les joueurs pourraient « discuter » en ligne de leurs résultats.

## Venerix en guerre contre le sida

Ce groupe de jeunes fait partie d'une Organisation non gouvernementale (ONG) appelée Youth for Youth (« les jeunes pour les jeunes ») et le jeu a été baptisé *Venerix*. Sur la planète Itesius vivent onze agents IST. Le joueur doit évoluer à la surface de la planète aux commandes d'une fusée dotée de trois armes dans le but d'accomplir une mission de la plus haute importance : détruire les entités d'Itesius et éviter ainsi une invasion éventuelle de la Terre. Les trois armes que le joueur peut utiliser fonctionnent selon un seul et même principe : répondre correctement aux questions correspondant aux diverses entités. Plusieurs niveaux de difficulté sont disponibles et le joueur doit être rapide. Plus généralement, tous les ingrédients d'un jeu de « questions/réponses » classique sont réunis dans *Venerix*. La caractéristique essentielle de ce jeu réside dans son objectif principal : faire apprendre sur les IST. La deuxième caractéristique de *Venerix* est qu'il a été pensé par un groupe de jeunes pour ensuite être réalisé avec l'aide d'une entreprise de création de logiciels roumaine. Sa dernière caractéristique, et non la moindre, est que toutes les questions et les réponses ont été vérifiées par un spécialiste des IST.

Pour diffuser ce jeu, un site Internet interactif a été conçu par une équipe composée de jeunes, d'informaticiens – ceux qui ont créé le logiciel – et de spécialistes. Outre le jeu lui-même, le site [www.venerix.ro](http://www.venerix.ro) propose des informations fiables sur la santé sexuelle et la

reproduction mais également des jeux divertissants et des forums de discussion où les visiteurs peuvent poser des questions ou débattre de sujets liés à la santé et à la sexualité. Il comprend également des jeux en flash, une lettre d'information, des plages de discussion, un forum et des quiz.

En 2001, une campagne nationale de deux mois a été lancée pour promouvoir le jeu *Venerix*. Les jeunes de 14 à 18 ans étaient conviés à le tester lors de leurs cours d'informatique ou dans des cybercafés, et d'effectivement « jouer le jeu » dans un minimum de temps. Ces activités ont reçu le soutien technique et financier du Fonds des Nations unies pour les Affaires de population (Fnuap). Durant ces deux mois, plus de huit mille jeunes ont envoyé leurs résultats à Youth for Youth. Le site a accueilli plus de trente mille visiteurs et environ vingt et un mille d'entre eux ont téléchargé le jeu *Venerix*.

Après cette période de succès initial, des jeunes de pays voisins où Youth for Youth et le Fnuap ont partagé l'expérience roumaine ont demandé *Venerix*. Rappelons que le jeu n'est qu'une composante d'un ensemble éducatif de développement de compétences plus vaste, proposé par Youth for Youth, comprenant un manuel destiné aux professeurs et/ou aux pairs, des guides d'enseignement à l'intention des professeurs, des psychologues scolaires (également appelés conseillers scolaires) et des pairs. La République de Moldavie, l'Albanie, l'Ukraine, l'Arménie et

la Géorgie ont adapté le manuel de développement des compétences et l'ensemble des documents éducatifs de Youth for Youth à leurs propres besoins, et culture. Les principes fondamentaux restent cependant les mêmes : recourir aux jeunes pour qu'eux-mêmes conçoivent leurs propres outils et supports éducatifs pour la santé.

### **Une longue expérience des campagnes**

Même si l'exemple précédent ne concerne qu'une seule ONG, la Roumanie jouit d'une grande expérience dans la réalisation, en partenariat, de campagnes de prévention des VIH/sida/IST. Dès 1995, des ONG roumaines, en collaboration avec le ministère de la Santé, ont demandé à plusieurs donateurs de financer des activités d'éducation par les pairs durant l'été, sur la côte de la mer Noire, où beaucoup de jeunes viennent passer leurs vacances. Le partenariat ne va pas de soi, dans une société où la société civile n'a pas vraiment existé lors du régime communiste et où le volontariat était obligatoire

pour beaucoup de citoyens, y compris les jeunes.

Au fil du temps, la confiance s'est instaurée entre les institutions publiques, les ONG et les agences internationales. Cette confiance impliquait de comprendre le rôle potentiel des ONG, capables d'apporter de la souplesse, des idées pertinentes et des connaissances professionnelles excellentes. Les institutions publiques, bien que plus rigides par certains côtés, sont les seules capables d'assurer une couverture nationale des politiques et des actions et un partenariat institutionnel. Les agences internationales, elles, ont bien compris que la Roumanie disposait d'une expertise propre et qu'elle était capable de gérer elle-même les systèmes de financement plutôt qu'on lui dise comment utiliser les fonds.

C'est dans cet esprit que de grandes campagnes nationales estivales ont été conçues autour du slogan *Take care not to be burnt* (« Ne joue pas avec le feu »); ces campagnes ont recueilli un tel suc-

cès qu'en 2002 une équipe bulgare s'est penchée sur le projet dans l'optique d'étendre l'initiative à d'autres pays autour de la mer Noire. La campagne de 2002 a duré six semaines, elle a été mise en place par quatre ONG dans huit villes balnéaires de la côte de la mer Noire.

Le 1<sup>er</sup> décembre est le jour de la fête nationale roumaine. Partout ailleurs, le 1<sup>er</sup> décembre correspond au jour de commémoration des personnes infectées ou touchées par le VIH/sida et de célébration des progrès de la lutte contre le virus et la maladie. Lors des deux dernières années, une campagne internationale a été lancée autour du slogan *Live and let live!* (« Vis et laisse vivre ») sous la supervision de l'Onusida. La Roumanie a pris part à ce mouvement en menant une campagne nationale durant ces deux ans qui ciblait tout particulièrement les jeunes sous le slogan *Deschide Ochii! Deschide Inima!* (« Ouvre les yeux! Ouvre ton cœur! »). Cette campagne a été réalisée par plus de vingt ONG en partenariat avec les ministères roumains de

la Santé, de l'Éducation et de la Recherche et de la Jeunesse, ainsi que la Poste, en 2003. Son financement a été assuré en partie par des fonds publics roumains et grâce au soutien financier de l'Agence des États-Unis pour le développement international (The United States Agency for International Development – USAID), l'Institut de recherche et de formation JSI (JSI Research and Training Institute), du Fnuap, de l'Onusida et de l'Unicef. Le budget général total des deux années de campagne a dépassé les 200 000 \$ US, sans compter la diffusion des spots radio et télévision qui a été offerte gratuitement par la plupart des stations de radio et de télévision.

En 2002, trois groupes de musique très populaires se sont réunis pour composer une chanson spéciale ayant pour titre *Ouvre les yeux ! Ouvre ton cœur !* et trois témoignages sur la sexualité sans risque, la discrimination et la fidélité. Cette campagne a duré un mois.

En 2003, la toute première campagne contre la discrimination a été menée en Roumanie. L'histoire décrite dans le spot télévisé parlait d'une infirmière intervenant auprès d'enfants porteurs du VIH/sida, qui n'avait pas peur de rentrer auprès de sa famille car elle savait comment le VIH se transmettait. La campagne a débuté en décembre 2003 pour une durée de deux mois.

En Roumanie, les fonds alloués à la prévention et au contrôle du VIH/sida sont appréciables compte tenu de la faiblesse des ressources du secteur de la santé. En 2001, le VIH/sida a été déclaré comme l'une des priorités de santé publique et les fonds destinés à la thérapie antirétrovirale ont été fixés à vingt millions de dollars américains. En 2003, ce chiffre est passé à trente millions. La prévention du VIH/sida a reçu quant à elle l'équivalent de deux millions de dollars de fonds publics en 2003.

### Une jeunesse réceptive, en demande de messages forts

À ces fonds publics viennent s'ajouter des financements internationaux, par le biais d'accords bilatéraux et autres. La Roumanie a, par exemple, signé en 2002 un contrat de subventionnement avec le Fonds mondial contre la tuberculose, la malaria et le sida, selon lequel une somme de vingt millions de dollars américains a été affectée aux divers projets relatifs au VIH/sida (dont seize millions ont été consacrés à la prévention). La catégorie d'âge principalement ciblée par les activités de prévention est celle des jeunes. Outre les actions de prévention primaires et de promotion des comportements favorables à la santé, les activités de prévention comprennent également des consultations et des dépistages volontaires et anonymes. L'USAID finance actuellement un projet défini sur cinq ans pour l'améliora-

tion de l'accès et de l'utilisation des services de santé reproductive au niveau des soins de santé primaire appelé The Romanian Family Health Initiative (l'Initiative roumaine pour la santé de la famille). Son budget total de dix millions de dollars américains couvre toutes les activités liées au VIH/sida, principalement dans les domaines de formation et de prévention. Ce projet est mis en œuvre par un institut de santé publique d'origine américaine, l'Institut de recherche et de formation JSI (JSI Research and Training Institute).

Pour conclure cet état des lieux, on peut souligner qu'en Roumanie les jeunes constituent une catégorie d'âge clé pour la promotion des changements de comportement, notamment dans le cadre de la prévention du VIH/sida. Face aux problèmes majeurs que représentent la consommation et l'abus des drogues et la transmission des IST, la seule prévention efficace que l'on connaisse à ce jour est l'éducation pour la santé et le changement des comportements. La jeunesse roumaine est, au même titre que celle des autres pays, la catégorie d'âge la plus réceptive aux messages incitant à innover. Pourtant, cette jeunesse doit faire face, plus que dans n'importe quel autre pays, au changement des valeurs de sa société en étant sans cesse bombardée de messages divers, parfois contradictoires. Les messages sur la santé doivent par conséquent être forts, crédibles et proposer des solutions faciles aux résultats immédiats. Le contenu du message sera le même quels que soient la ville, le village ou la région du monde dans lequel il est diffusé ; en revanche la manière dont ce message est « enveloppé » varie énormément en fonction des réalités de chaque lieu.

**Irina Dinca**

Docteur en médecine,  
Coordinatrice des programmes,  
Institut de recherche et de formation JSI,

**Alexandru Rafila**

Docteur en médecine,  
Directeur général,  
Direction générale de la santé publique,  
Ministère roumain de la Santé.

### Trois contaminés sur quatre sont des enfants

Parallèlement à l'état des lieux du dispositif roumain de prévention antisida, il n'est pas inutile de rappeler le contexte national, démographique et sanitaire : la Roumanie est située dans la partie orientale de l'Europe, au nord des Balkans. Sa population totale est de 21 680 974 habitants<sup>1</sup>, dont 53 % vivent en zone urbaine et 47 % en zone rurale. En 2001<sup>2</sup>, l'espérance de vie moyenne était de 74,84 ans pour les femmes et de 67,69 ans pour les hommes. Les jeunes, compris entre 15 et 24 ans, représentent 16 % de la population totale. La principale religion est la religion orthodoxe (85 % de la population). La langue officielle est le roumain, d'origine latine. Le budget public pour la santé est de 3,7 % du PIB, en 2004.

Le 30 septembre 2003, la Roumanie comptait 104 16<sup>3</sup> personnes porteuses du VIH/sida :

2 474 adultes et 7 942 enfants de moins de 14 ans. Ce pays est internationalement connu comme comptant le plus grand nombre d'enfants porteurs du VIH/sida ayant été infectés par du sang ou des seringues contaminés à la fin des années quatre-vingt. Ces enfants, qui bénéficient de soins de qualité, entament aujourd'hui leur vie d'adolescents et, probablement, leur vie sexuelle. Le gouvernement roumain a pris des mesures fortes pour réduire de façon significative la contamination nosocomiale (par seringues contaminées ou transfusions sanguines), cette menace étant aujourd'hui pratiquement réduite à zéro. La principale voie de contamination par le VIH est celle des relations hétérosexuelles, y compris par le commerce du sexe, mais les contaminations par injections de drogues, pourraient bien prendre de l'importance à l'avenir.

1. Source : Institut national de la statistique – Recensement roumain, 2002.

2. Source : Institut national de la statistique – Registre annuel des statistiques 2001.

3. Source : ministère de la Santé, Roumanie.

# Campagnes contre le sida en Roumanie : actions, résultats et partenaires

## • Les principales caractéristiques de la campagne d'été en 2002 sont les suivantes :

- formation de quarante pairs sur la santé reproductive ;
- animations sur les plages, dans les discothèques et les bars ;
- spectacles dans des campings ;
- campagne dans les media locaux.

## • Les résultats de cette campagne peuvent être résumés comme suit :

- plus de 48 000 jeunes ont participé aux animations ;
- plus de 220 000 ont assisté aux concerts ;
- 160 000 dépliantes ont été distribués (dix titres différents) ;
- plus de 100 000 préservatifs ont été offerts ;
- quatre stations de radio locales et deux chaînes télé nationales pour les jeunes ont diffusé le spot de la campagne et y ont consacré des émissions.

## • Principaux partenaires des campagnes sur le sida

- le ministère de la Santé roumain ;
- le ministère de l'Éducation et le ministère de la Recherche et de la Jeunesse roumains ;
- l'Institut de recherche et de formation JSI ;
- Population Services International ;
- l'Union des organisations des personnes affectées par le VIH/sida (Uhopa) ;
- l'Association roumaine contre le sida (Aras) ;
- la fondation Youth for Youth ;
- la Société d'éducation à la contraception et la sexualité (SECS) ;
- Accept.

## • Agences de financement des campagnes sur le sida

- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)
  - Fonds des Nations unies pour les affaires de population (Fnuap)
  - Onusida
  - United Nations International Children Emergency Fund (Unicef)
  - Foundation Partners for Life
- Avec la contribution de la Poste roumaine, la société Connex de téléphonie mobile.

## • Principales actions de la campagne 2002 sur le sida

Les trois groupes ont fait une tournée nationale

pour donner des concerts dans dix villes roumaines et ils ont participé à :

- des séances interactives dans des établissements scolaires et des universités ;
- des cérémonies de commémoration ;
- des visites à des personnes porteuses du VIH/sida ;
- des émissions et des jeux radio et télé ;
- la diffusion des messages ;
- des animations diverses ;
- des conférences avec la presse locale ;
- des concerts ;
- des manifestations de solidarité : opération Ruban rouge sur la plus grande place de Bucarest.

## • Principaux résultats de la campagne 2002 sur le sida

- dix-sept émissions et vingt-sept jeux radiophoniques ;
- six émissions télé ;
- environ huit millions de téléspectateurs et d'auditeurs ;
- des conférences réalisées dans dix-huit collèges et lycées et dans six universités ;
- une participation de plus de 92 000 jeunes

dans les diverses animations organisées ;

- plus de 1 100 concours ;
- plus de 19 000 jeunes présents lors des dix concerts ;
- plus de 450 000 dépliantes et rubans rouges distribués ;
- environ 7 700 préservatifs distribués.

## • Principales actions de la campagne 2003 contre le sida

- campagne médiatique nationale : un spot télé, deux spots radio, campagne d'affichage, distribution d'affiches dans tous les bureaux de poste ;
- conférences de presse locales et nationales ;
- animations organisées dans seize districts (sur quarante-deux) ;
- manifestations de solidarité : opération Ruban rouge ;
- conférences dans des usines, des structures éducatives ;
- conférences avec des médecins de famille, des dirigeants religieux, des promoteurs et des personnes infectées par le VIH/sida ;
- événements commémoratifs.

# La promotion de la santé passe aussi par **l'Union européenne**

**Le fait est peu connu : l'Union européenne finance le développement des actions de santé publique à hauteur de trois cents millions d'euros par an. La promotion de la santé est l'une des trois priorités de ce budget. Si la santé demeure une prérogative nationale, l'Union européenne dispose incontestablement de moyens d'intervention croissants.**

En matière de santé et de promotion de la santé en Europe, qui fait quoi ? L'Union européenne rassemble une constellation d'institutions, plus ou moins connues, avec d'autres instances qui existent en marge de cette Europe élargie à vingt-cinq depuis peu, et non des moindres, à commencer par le Bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), (*voir article pages suivantes*).

Pour en revenir à l'Union européenne, la santé, prérogative nationale, n'a pas été, pendant longtemps, une priorité de la politique européenne. En vertu du principe de subsidiarité, le domaine de la santé publique relève de la compétence des États membres. Chaque pays conserve ainsi son propre système médical et de protection sociale. L'émergence des questions de santé et de promotion de la santé dans les

instances de l'Union européenne (Parlement européen situé à Strasbourg, Conseil des ministres et Commission européenne localisés à Bruxelles) s'est faite progressivement et sous un double processus. D'une part, elle a connu une accélération à partir de la prise de conscience du caractère supranational des grandes crises sanitaires (sida, cancer, etc.). D'autre part, les dispositions nouvelles insérées dans les traités postérieurs au traité de Rome, en 1957, ont permis une extension du champ de prérogatives. La principale et plus récente évolution réside dans l'article 152 du traité d'Amsterdam, datant de 1997, intégré au traité de la Communauté. Il stipule qu'*un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté...*

## **La sécurité au travail, première préoccupation**

Historiquement, c'est dans le domaine de la santé au travail que les premières avancées ont été faites. Le traité de Rome confiait à la Commission principalement des missions relatives à l'hygiène du travail et à la protection contre les accidents du travail et maladies professionnelles. Cette vision reposant sur les conditions de travail au sens large peut s'expliquer dans une époque de plein emploi et de reconstruction d'un continent meurtri par la Seconde Guerre mondiale et ses tristes souvenirs de l'exploitation humaine.

C'est par une question écrite d'un de ses membres que le Parlement euro-

péen s'est saisi des questions de santé, dès novembre 1967. Au terme d'un grand débat, la première directive sur les émissions provenant des véhicules motorisés fut votée en 1970, aboutissant aux lois européennes de protection de l'environnement adoptées à la conférence des chefs de gouvernement des pays de la Communauté économique européenne d'octobre 1972.

Fort de cette expérience, le Parlement européen a décidé, en 1973, de créer la Commission environnement. Celle-ci allait voir, au cours des années, à la fois le nombre de ses membres croître (de trente-six membres à l'origine, elle est composée actuellement de soixante membres titulaires et soixante membres suppléants) et surtout, ses compétences s'élargir grâce à l'Acte unique européen de 1986, au traité de Maastricht, en 1992 (et le principe de codécision, décision partagée entre le Parlement européen et le Conseil des ministres), et, enfin, au traité d'Amsterdam, permettant sa transformation en Commission de l'environnement, de la santé publique et de la politique des consommateurs.

### **Ministres et députés européens : les décideurs**

Le Conseil des ministres, qui regroupe les ministres concernés des États membres, est une force d'impulsion. Représentant des exécutifs nationaux, il adopte les axes de travail de la Communauté européenne, prend des décisions communes et propose des résolutions. Celles-ci créent des obligations tant au niveau des États qu'au niveau communautaire. Leur mise en œuvre dépend au niveau étatique des administrations nationales et au niveau européen du Parlement et de la Commission pour leur applicabilité.

Pour illustrer le processus à travers l'exemple de l'éducation pour la santé, une résolution du Conseil des ministres de l'Éducation du 23 novembre 1988, portant sur ce thème au sein des écoles, invitait les États membres à favoriser l'éducation pour la santé. Ceux-ci devaient, par exemple, assurer la formation de professionnels et mettre du matériel pédagogique à leur disposition.

Dans le même temps, la Commission européenne s'est chargée de soutenir des échanges d'informations (*via* des

séminaires), d'examiner des programmes et méthodes des différents États, d'échanger du matériel pédagogique, de programmer des projets pilotes, et d'organiser des activités de sensibilisation.

Les programmes nationaux et le travail communautaire ont ouvert la voie à la décision du Conseil des ministres de la Santé du 13 novembre 1992, définissant l'école comme un milieu d'une importance vitale pour faire acquérir aux jeunes un mode de vie sain ; une démarche également applicable à d'autres milieux, comme les collectivités locales, les foyers, les hôpitaux et les lieux de travail.

Il serait vain de considérer le rôle de la Commission européenne uniquement comme la mise en œuvre des politiques décidées par le Conseil des ministres. C'est une force de proposition et de décision. La Commission européenne est représentée par la direction générale Santé-Consommation (DG Sanco). Celle-ci a connu une montée en puissance similaire à celle d'autres instances européennes.

Ainsi, après l'inscription de la lutte contre le cancer comme une priorité par le Conseil des ministres, en 1986, la Commission européenne a proposé, entre 1986 et 1991, à ses États membres, une série de programmes de coopération de lutte contre le cancer, mais aussi contre la toxicomanie et le sida.

Le traité de Maastricht a entraîné un approfondissement de son action. Celui-ci, dans son article 129, retient le principe d'un soutien par l'Union européenne de coopération entre les États-membres. La Commission a alors préconisé trois actions prioritaires de santé (surveillance de la santé, surveillance des maladies, promotion de la santé). Cette approche a été déclinée en huit programmes prioritaires d'actions communautaires relatifs à la santé publique (promotion de la santé, surveillance des maladies, maladies transmissibles, cancer, maladies rares, prévention des blessures, maladies liées à la pollution, prévention des toxicomanies), sur la base d'appels d'offres. À titre d'exemple, la Commission a financé, pour l'année 2002, 109 projets dans le domaine

de la santé publique pour un montant de 41,9 millions d'euros dont dix-huit projets de promotion, d'information et d'éducation pour la santé financés à hauteur de 6,7 millions d'euros.

### Critiques sur l'éparpillement des moyens

Au cours de la dernière décennie, un changement de philosophie de la politique de santé s'est opéré. Si l'approche en programmes d'actions distincts et par pathologie a permis de contourner les divergences existant à l'époque entre les États membres quant à l'ordre des priorités, des critiques sur l'éparpillement et le manque de coordination se sont faites jour. Aussi, la Commission en 1998, tirant également les conséquences des nouvelles dispositions du traité d'Amsterdam et des évolutions récentes (crise de la vache folle), a proposé un modèle fondé sur trois principes : l'intégration, la durabilité et la concentration sur les aspects clés.

Dans cette perspective, un nouveau programme d'action communautaire en santé publique pour 2003/2008 a été adopté. Avec un budget de 312 millions d'euros par an, ce programme propose :

- un cadre unique pour des actions spé-

cifiques dans le champ de la santé publique, pour fonder des actions transversales, et agir sur les autres politiques communautaires ;

- des actions pour la sécurité des produits issus du corps humain ;
- la reprise des trois actions prioritaires présentées par la commission : la connaissance de la santé et de ses déterminants, un système d'alerte et de réaction rapide aux menaces pour la santé, la promotion de la santé à travers l'action sur ses déterminants.

Enfin, La Commission, en tant que représentant du niveau communautaire s'est également rapprochée des organisations internationales travaillant sur le territoire européen dans le champ de la santé publique, comme le Conseil de l'Europe et l'OMS.

### Deux défis majeurs

Deux défis majeurs pour l'avenir des questions sanitaires en Europe se posent. Dans le rapport annuel de l'OMS pour 2002, on a pu noter pour la zone Europe une augmentation des écarts en matière d'indicateurs de santé entre les pays de l'Europe occidentale et orientale. Ces inégalités doivent impérativement être prises en compte

et combattues alors que l'Union européenne vient d'intégrer dix nouveaux pays, afin d'éviter l'émergence d'une Europe de la santé à plusieurs zones.

Le second défi porte sur l'architecture des institutions européennes, tel que prévu dans les projets sur la future constitution européenne ; d'une part l'identification des acteurs et des actions doit être simplifiée, d'autre part une véritable instance de coordination dans le domaine de la santé doit être reconnue. C'est dans ce sens que le gouvernement français a proposé un renforcement des moyens de la Commission européenne. Le projet de constitution européenne va dans ce sens, en inscrivant la reconnaissance des compétences partagées par l'Union en matière d'enjeux communs de sécurité en santé publique. Il nous faut néanmoins rester vigilants quant à la création d'une Europe de la santé, que nous appelons de nos vœux. Dans le sens où cette Europe de la santé ne doit pas être une simple architecture. Elle doit aussi offrir du contenu et du sens.

**Jérôme Voiturier**

Chargé de mission,  
Développement international,  
INPES, Saint-Denis.

## OMS, une voix européenne pour défendre la santé

**Le Bureau Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'organisme européen le plus influent dans le champ de la promotion de la santé. Il a mis en place plusieurs réseaux (Écoles-santé, Hôpitaux-santé) qui concrétisent une coopération naissante entre les pays européens.**

Par définition, l'OMS est l'acteur international majeur dans le champ de la promotion de la santé. L'OMS dispose d'un bureau régional pour l'Europe, organisme européen le plus influent en matière de promotion de la santé, devant l'Union européenne. Le Bureau régional de l'OMS Europe regroupe cinquante-deux membres ; il a traditionnellement orienté son action vers les pays en voie de développement ou en transition vers l'économie de marché, toutefois il multiplie également les initiatives en direction des pays développés, à commencer par ses propres membres européens. Ainsi, depuis plus de cinquante ans, l'OMS a multiplié les projets en matière de promotion de la santé. Actuellement, autour de cette problématique, le Bureau européen de l'OMS a entrepris cinq programmes :

- **le programme stratégique du réseau européen des Écoles-santé**, également soutenu par le Conseil de l'Europe et la Commission européenne. Le réseau européen Écoles-santé encourage les écoles « lieux de promotion de la santé », dans la région européenne de l'OMS parce qu'elles contribuent au développement et à l'éducation sanitaire des écoliers, des enseignants et de la collectivité ;
- **le programme EuroPharm**, créé en janvier 1992, est constitué des associations nationales pharmaceutiques afin de les intégrer dans le cadre des priorités de santé dégagées par l'OMS. Il regroupe quarante-cinq membres de trente-quatre pays ;
- **le programme des hôpitaux promoteurs de santé (HPH)**, créé en 1988, est basé sur les objectifs de la charte d'Ottawa. Il a pour but

d'améliorer la qualité des soins en soutenant la promotion de santé, la prévention de la maladie dans les hôpitaux ;

- **le programme « Lieux de travail favorables à la santé »**. Il vise à aider les pays à mener des projets locaux de promotion de la santé sur les lieux de travail, à soutenir les services préventifs, à favoriser l'établissement d'un réseau des responsables de santé au travail, à évaluer l'impact du travail sur la santé en général.

- **le programme « Promotion de la santé des jeunes »**. Ce programme œuvre par l'intermédiaire du réseau européen Écoles-santé. Les déterminants de l'éducation et de la santé étant liés de façon indissociable, l'action en faveur des jeunes doit porter sur ces deux aspects.

J. V.

# Une « Union internationale » pour la promotion de la santé

L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, ou UIPES, souvent même appelée simplement « l'Union » par ceux qui la connaissent bien, a pour mission de promouvoir la santé dans le monde et de contribuer à la réduction des inégalités de santé, à l'intérieur des pays, et entre les pays.

L'UIPES remplit sa mission en organisant et en animant un réseau mondial, professionnel et indépendant, de personnes et d'institutions, en vue de favoriser le partage des idées, des savoirs, des savoir-faire et des expériences, ainsi que le développement de projets coopératifs, au niveau mondial, ou entre les pays et les régions.

L'UIPES a plus de cinquante années d'existence. Elle a été fondée à Paris, en 1951, et compte deux mille membres au service du développement global de l'individu, de son bien-être physique, mental et social, et des communautés dans lesquelles il vit ; les membres sont répartis dans plus de quatre-vingt-dix pays. Elle décentralise son action par l'intermédiaire de bureaux régionaux.

Organisation non gouvernementale, l'UIPES est en relation officielle de travail et coopère étroitement avec l'OMS, l'Unesco et l'Unicef, d'autres grandes organisations intergouvernementales comme la Commission européenne, d'importantes ONG, de même qu'avec des entreprises du secteur privé. Objectif : développer et mettre en place des politiques, des stratégies et des projets de développement en promotion de la santé et en éducation pour la santé, partout dans le monde.

Elle tire sa force de la diversité et donc de la somme des compétences, connaissances, et expertises de ses membres : on y trouve ainsi les agences nationales chargées dans leur pays de planifier, mettre en œuvre et évaluer la promotion de la santé dans toutes ses

dimensions (politiques, stratégies, développement d'infrastructures, formation, et pratiques) ; toujours à titre d'exemple, sont également membres Santé Canada, les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC), le ministère espagnol de la Santé, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), en France, l'Agence anglaise de développement de la Santé, le ministère québécois de la santé et des Services sociaux, les Comités finlandais, néerlandais, allemand, etc. Font également partie de l'Union des associations, fondations ou instituts nationaux de promotion de la santé ou de santé publique, comme, par exemple, Promotion de la santé suisse, ou l'agence nationale d'assurance maladie « Clalit » en Israël, l'Association indienne de développement communautaire, le Comité italien de promotion de la santé, l'Institut mexicain de la nutrition, l'Association australienne de santé publique et la Ligue française contre le cancer, pour n'en citer que quelques-uns. Enfin, on retrouve dans l'UIPES de très nombreux départements universitaires, écoles de santé publique, centres de recherche au sud, au nord, à l'est

et à l'ouest. Un grand nombre de professionnels, enseignants, éducateurs, acteurs de terrain sont également membres, souvent dans la perspective de sortir de leur isolement professionnel, partager et faire valoir leurs réalisations, et apprendre des autres.

Les activités de l'UIPES sont réalisées :

• **en développant et soutenant les réseaux** : la présentation de HP-Source dans ce numéro de *La Santé de l'homme* en est un très bon exemple. En Europe, encore, l'UIPES a choisi de joindre ses actions et ses initiatives à celles d'autres réseaux, comme le Réseau des directeurs de recherche et Eurohealth, pour créer ensemble un consortium sur les preuves de l'efficacité de la promotion de la santé.

Ce consortium a pour but :

- d'élaborer, de tester et de publier un protocole commun d'analyse des actions et interventions et d'en faciliter l'utilisation dans toute l'Europe ;
- d'élaborer, de tester et de publier des directives communes pour la mise en pratique des preuves de l'efficacité de la promotion de la santé ;
- de réaliser des mises à jour et de nouvelles analyses des preuves de l'effica-

cité de la promotion de la santé dans des domaines spécifiques : tabac, santé mentale, infrastructures de promotion de la santé. Un projet pluriannuel a été déposé à la Commission européenne pour solliciter un soutien financier qui a été partiellement accepté ;

- **en organisant régulièrement des conférences internationales, et des réunions et séminaires au niveau national ou régional :** la 18<sup>e</sup> Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé vient de s'achever à Melbourne, en Australie. La 19<sup>e</sup> aura lieu à Vancouver, au Canada, en juin 2007. La 6<sup>e</sup> Conférence européenne sur la qualité et l'efficacité de la promotion de la santé aura lieu du 1<sup>er</sup> au 4 juin 2005, à Stockholm, en Suède ;

- **en développant et en gérant des projets en partenariat :** depuis

plusieurs années, en étroite collaboration avec l'OMS, la Commission européenne, les Centres de contrôle et de prévention des maladies et de nombreuses institutions de toutes les régions du monde, l'UIPES coordonne un ensemble d'actions à l'échelle mondiale et régionale, visant à recueillir et diffuser les preuves de l'efficacité de la promotion de la santé. Elle coordonne aussi de nombreuses activités en Amérique latine, en Afrique, dans le Pacifique, dans le cadre d'un accord de coopération avec les CDC, portant sur différents sujets : contrôle du tabac, activité physique, promotion de la santé cardio-vasculaire, santé à l'école, santé communautaire, etc ;

- **en éditant des périodiques et d'autres publications,** *Promotion & Education*, « *Reviews on Health Promotion and Education Online* » ; sans compter

les collaborations à *Health Promotion International* et *Health Education Research* ;

- **en plaçant auprès des décideurs politiques** à tous les échelons, en faveur de la santé et de la promotion de la santé. L'UIPES mène, depuis plusieurs années, des travaux sur la mondialisation et la santé, et plaide en faveur de l'inclusion en particulier de clauses sociales dans les accords internationaux et multilatéraux.

**Marie-Claude Lamarre**

Directeur exécutif, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), Saint-Denis.

**Pour en savoir plus :**

Nous vous invitons à consulter le site web de l'UIPES : [www.iuhpe.org](http://www.iuhpe.org)

## Santé mentale : un remue-méninges européen

**Pour pallier la dispersion des connaissances, vingt pays d'Europe ont lancé, en 2003, un programme d'information et d'action sur la santé mentale. Si désormais la première base de données commune est disponible sur Internet, il reste à convaincre les responsables européens de l'utilité de travailler ensemble sur la prévention de la dépression et des troubles mentaux. Présentation par la Néerlandaise Eva Jané-Llopis, coordinatrice de ce programme.**

Le projet «*IMHPA*» (pour «*Implementing Mental Health Promotion Action*» : la promotion de la santé mentale en action) est un réseau financé par la Commission européenne, le ministère de la Santé des Pays-Bas et le centre de recherche Stakes (Finlande). Ce réseau a pour objet de concevoir et de diffuser des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux fondées sur les actions réparties dans toute l'Europe et qui ont démontré leur efficacité ; il ambitionne aussi de faciliter l'intégration de ces stratégies dans les politiques, les programmes et les pratiques quotidiennes des professionnels de santé des différents pays.

Le groupe IMHPA fonctionne grâce à la participation de vingt pays de la

région européenne (Autriche, Belgique, Croatie, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Slovaquie, Espagne, Suède et Royaume-Uni), à la collaboration de quatre réseaux européens (Santé mentale Europe, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, le Réseau européen de promotion de la santé sur le lieu de travail et le Réseau des hôpitaux promoteurs de santé), ainsi qu'au soutien de l'Organisation mondiale de la santé. Les représentants des pays participants sont des responsables gouvernementaux ou non gouvernementaux, des institutions de recherche, des professionnels et autres intervenants dans le domaine de la santé.

### Formation et plan européen de prévention

Depuis avril 2003, l'équipe IMHPA a entrepris de développer avec trois groupes de travail spécialisés trois types d'outils qui vont être diffusés, mis en place et testés dans tous les pays européens :

- une base de données Internet standardisée recensant toutes les interventions de prévention des troubles mentaux et de promotion de la santé mentale, fondées sur les preuves ;
- un manuel de formation à l'usage des professionnels de santé primaire pour que ces derniers intègrent des pratiques de promotion de la santé mentale à leur travail quotidien ;
- un plan d'action politique européen de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux.

La base de données Internet standardisée de recensement des interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, fondées sur les preuves, comprend plusieurs domaines (par exemple : promotion de la santé mentale, prévention de la dépression) et divers groupes (enfants, adultes, etc.) et utilise des programmes, des résultats et des conditions d'application standardisés. Cette base de données présente, de façon systématique, les données probantes en prévention et promotion de la santé mentale en les classant et en les hiérarchisant (programmes fondés sur la recherche/sur la pratique, programmes efficaces/non efficaces...).

L'objectif de cette base de données est de recommander ce qui peut être diffusé, les stratégies d'amélioration des

programmes et les effets des programmes de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale.

Le manuel de formation destiné aux professionnels des soins de santé primaire aborde des techniques et méthodes de résolution de problème. Il cherche à sensibiliser les professionnels de soins de santé primaire au thème de la promotion de la santé mentale, à améliorer leurs compétences et leurs connaissances sur ce sujet et à les rendre capables de fournir à leurs patients des outils leur permettant d'affronter des problèmes de santé mentale et de déceler les premiers signes d'une dépression ou du stress.

À terme, ce manuel va permettre d'atteindre de larges segments de la population et d'améliorer les pratiques

de prévention et de promotion en santé mentale.

### Un plan d'action politique européen

L'objectif de ce plan d'action est de fournir un aperçu de la situation et des infrastructures disponibles pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux dans tous les pays membres de l'Union européenne et les pays en voie d'accession, et de définir un plan d'action.

Ce plan d'action politique vise à doter les décideurs politiques d'un ensemble de directives et de recommandations pour l'élaboration d'une stratégie politique de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale et à leur fournir un cadre pour la conception de programmes d'action efficaces à l'échelle nationale ou régionale. Il est accompagné d'un document technique complet plus long présentant les preuves de l'efficacité de la promotion de la santé mentale ainsi que d'une série de descriptions de profils de pays montrant la situation des infrastructures de promotion de la santé et de prévention des troubles mentaux.

### Quels sont les objectifs du réseau IMHPA ?

Ces divers produits et outils sont destinés aux professionnels de santé et aux décideurs. Les plans de mise en œuvre et de diffusion sont réalisés en même temps que l'élaboration des outils, avec la participation des acteurs concernés.

La diffusion, la mise en œuvre et l'utilisation des outils doivent permettre l'amélioration des capacités des pays européens à définir et mettre en place des actions de prévention des troubles mentaux et de promotion de la santé mentale.

**Dr Eva Jané-Llopis**

Responsable du département sciences sur la santé mentale  
Centre de recherche préventive,  
université de Nimègue, Pays-Bas.

**Pour en savoir plus :**  
[www.preventioncentre.net](http://www.preventioncentre.net)

# Éducateurs de rue, un réseau Nord-Sud autour de l'Europe

**Constitué à partir de l'Europe, le Réseau européen des travailleurs de rue présente l'originalité de compter, parmi ses membres, des jeunes de la rue. Il permet aux professionnels de dix-neuf pays issus de quatre continents d'échanger leurs pratiques. Edwin de Boévé, directeur de ce réseau, constate que les éducateurs de rue souffrent d'un manque de reconnaissance général, tant dans les pays du Nord que du Sud.**

Partant d'une recherche-action, le réseau européen «Dynamo international» initie et coordonne une plateforme de discussion pour éducateurs de rue issus des différentes régions du monde. Véritable réseau de solidarité, ce projet permet l'échange de pratiques, l'information, la formation, la réflexion, le décloisonnement et la prise de parole des acteurs de terrain.

Depuis plus de quinze ans déjà, les travailleurs sociaux de rue (éducateurs de rue) se réunissent autour de différents projets, que ce soit lors de colloques et séminaires de formation ou dans le cadre d'échanges de jeunes, notamment par le biais du programme Jeunesse pour l'Europe.

Nous avons ainsi organisé différents stages tels qu'un échange autour du cirque réunissant des jeunes Portugais, Espagnols et Belges au Portugal ; un montage vidéo sur le carnaval de Notting Hill, à Londres, etc. ; plusieurs jeunes âgés de 18 à 26 ans réalisent des séjours de six mois à un an dans différents pays européens par le biais du Service volontaire européen.

En ces occasions, il apparaît de manière récurrente que l'éducateur de rue (et/ou animateur de rue) manque d'outils pratiques et théoriques dans le cadre de sa mission d'éducation formelle et non formelle. Peu de recherches scientifiques font le lien avec la pratique.

Le public «enfants de la rue» est peu ou pas touché par les dispositifs éducatifs existants. Il ne participe dès

lors que peu à la construction de la société de demain.

L'opinion publique et certains pouvoirs publics se font de fausses représentations du phénomène des enfants de la rue. Dans certains cas, les programmes à destination des enfants-jeunes de la rue ne sont dès lors pas appropriés.

## Un espace méconnu d'innovation sociale

L'éducation de rue est très mal connue et reconnue dans son utilité sociale, notamment dans ses dimensions d'émancipation sociale et d'éducation informelle. Il n'existe aucun système d'échange et de solidarité, aucun système d'information ou de formation spécifique aux éducateurs de rue. Ces différentes problématiques sont maintes fois observées, sur le terrain, par les éducateurs de rue. Différentes recherches vont dans le même sens. Récemment la Fondation Roi-Baudouin, la Fondation Soros et la Banque mondiale ont publié des recommandations en la matière (1).

Pourtant, le terrain est riche en innovation et en créativité... mais voilà, ce type d'intervention reste comme son public, marginalisé. Une simple mise en réseau permet déjà des échanges de pratiques très productifs, mais surtout amène les éducateurs de rue à se décaler quelque peu du terrain afin d'envisager leur action dans une globalité. Les prémices de tels échanges furent d'ailleurs mis en œuvre, il y a quelques années, dans le Nord-Pas-de-Calais dans le cadre de rencontres entre les

travailleurs de rue, réunis au sein de l'Association de prévention spécialisée du Nord (APSN) et ceux de la Fédération francophone des travailleurs de rue de Belgique.

L'isolement des éducateurs de rue est également synonyme d'enfermement. En effet, ces acteurs éprouvent énormément de difficultés à s'organiser à un niveau international, soit par manque d'informations, soit par manque de relais, soit qu'effectivement l'enfant et l'éducateur de rue ne s'imaginent même plus qu'il existe autre chose en dehors du quartier et de la rue.

## L'intérêt d'un partenariat Nord-Sud

Pourtant, la coopération au développement et, particulièrement, l'éducation au développement n'ont de sens que dans le cadre d'un vrai partenariat. Les réalités des terrains Nord ou Sud sont certes différentes et les priorités apparentes ne sont pas les mêmes pour tout un chacun. Néanmoins, il ressort de notre expérience de réseau la construction d'une réelle identité collective (2) mobilisée autour d'enjeux similaires, des enjeux à la fois locaux et internationaux de lutte contre la pauvreté et les discriminations.

En la matière, une mise en réseau constitue une stratégie de mobilisation solidaire où l'ensemble des partenaires a à gagner tant dans l'échange que dans la construction de nouvelles perspectives sociales, éducationnelles et de développement durable humain, ce qui est facilité par le fait que nous partageons tous une même expérience de terrain.

Notons également que, dès lors, ce partenariat actif et participatif inclut de nombreuses associations locales, publiques et privées.

Concrètement, dans chaque pays, un ou plusieurs ateliers d'éducateurs de rue se mobilisent autour de leurs besoins et de leurs spécificités. En France, par exemple, le partenaire – représenté par Stéphane Tessier, directeur du Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif) – avait orienté les travaux de l'atelier autour de la problématique de la santé et du travail de rue. Au sein de l'atelier, un coordonnateur est nommé et relaie les résultats et pro-

positions au sein du groupe pilote, qui se réunit une ou deux fois par an. Le groupe pilote donne les orientations et priorités du projet.

### Coup de pouce de l'Unesco

Aujourd'hui, plus de dix-neuf pays sont partenaires dans le projet et répartis sur les quatre continents. C'est dans ce cadre et en lien avec la mise en réseau des éducateurs de rue que se sont organisés plusieurs colloques et séminaires : au Québec, en décembre 2001, au Vietnam, en août 2002, au Portugal, en avril 2003, à Bruxelles, en novembre 2002, et en Martinique, en février 2004.

À Bruxelles, l'événement a réuni plus de sept cent cinquante personnes venant de plus de cinquante pays différents. Alternant conférences, travail en atelier et productions artistiques, les jeunes et les éducateurs de rue ont produit un certain nombre de recommandations à l'attention des responsables politiques locaux et internationaux. Le forum « Paroles de rue » a obtenu le patronage de l'Unesco, le soutien de nombreuses personnalités politiques et le parrainage de l'artiste sénégalais Youssou N'Dour.

Les actes et recommandations du forum sont également accessibles sur le site [www.travail-de-rue.net](http://www.travail-de-rue.net). Au-delà de l'échange de pratiques, de la promotion du travail social de rue, il s'agit surtout de prendre en compte le point de vue des personnes directement concernées et de lutter contre le fossé grandissant entre l'opinion publique et les enfants de la rue tant au Nord qu'au Sud, où le rejet est parfois systématique.

L'investissement de ceux-ci ne s'est pas arrêté au forum, puisque, en décembre 2003, une quarantaine de jeunes bruxellois a organisé une soirée de solidarité dans leur quartier au profit des enfants de la rue en Afrique. Comme quoi, il n'y a pas d'âge pour être solidaires...

#### Edwin de Boevé

Directeur du réseau,  
Dynamo international,  
Bruxelles (Belgique).

#### Pour en savoir plus :

Dynamo international, rue de l'Étoile, 22 B - 1180 Bruxelles (Belgique). Tél. : (32) 2 378 44 22 – Fax : (32) 2 378 44 21 – E-mail : [dynamo-int@travail-de-rue.net](mailto:dynamo-int@travail-de-rue.net)

### ► Références bibliographiques

- (1) Programme commun de la Fondation Roi-Baudouin et des Fondations Soros en partenariat avec la Banque mondiale : « Enfants de la rue - Enfants dans les rues », juin 1999.
- (2) Blairon J. In : Actes du forum international des acteurs clés de l'enfance et du travail de rue. Dynamo international, novembre 2002.

# Master européen de promotion de la santé, une lente gestation

**Un master européen de promotion de la santé ? Le mirage est en train de prendre forme. Lancé par des experts de seize pays européens, ce master en chantier depuis des années commence à offrir – à Aix-Marseille pour la France – la même formation à l'ensemble des experts en promotion de la santé du continent européen.**

L'objectif général du programme de maîtrise en promotion de la santé (European Masters in Health Promotion – EUMAHP) est d'améliorer la qualité de la promotion de la santé en Europe par la formation professionnelle des promoteurs de santé et de tirer avantage de la valeur ajoutée de la dimension européenne. Les professionnels et les étudiants peuvent ainsi partager les bonnes pratiques et renforcer l'efficacité des approches européennes pour préserver et développer la santé.

Ce projet est coordonné par un petit secrétariat (à temps partiel), domicilié au Centre international de recherche et développement de la santé, à la faculté des sciences de la santé de l'université de Brighton, au Royaume-Uni. Il est supervisé par un groupe d'experts en formation et en éducation de la promotion de la santé issus des divers États membres de l'Union européenne et de la Norvège.

Pour ce faire, des dispositions sont prises pour :

- établir un programme d'études universitaires supérieures en promotion de la santé répondant aux exigences professionnelles et individuelles des étudiants, favorisant un processus de co-apprentissage et proposant une structure souple par modules ;
- proposer aux étudiants une réflexion autonome et critique d'évaluation de leurs pratiques en promotion de la santé en appliquant leurs connaissances et leurs compétences, pour leur permettre d'agir efficacement dans différents contextes : local, national ou européen ;
- permettre aux étudiants d'appréhender la complexité et la nature dynamique de la promotion de la santé à l'échelle internationale, principalement européenne, et de lier cela au thème des inégalités sociales et sanitaires et à leurs propres valeurs et expériences ;
- donner aux étudiants la possibilité de prati-

quer et de développer leurs connaissances et leurs compétences en promotion de la santé dans un cadre européen différent et de leur faire réaliser l'importance de la valeur ajoutée de la dimension européenne.

Les résultats escomptés sont les suivants :

- l'établissement d'un programme véritablement paneuropéen, effectif et durable, de formation et d'éducation universitaire supérieure pour la promotion de la santé ancré dans une perspective européenne et fondé sur des critères de qualité européens ;
- la validation d'un programme de formation ayant un noyau commun et une vraie dimension européenne, mais qui soit suffisamment souple pour répondre aux exigences de tous les États membres, et propose aux étudiants une formation théorique et pratique de qualité dans une perspective européenne ;
- l'amélioration des connaissances, des compétences et des savoir-faire des promoteurs de santé dans tous les États membres avec la capacité de travailler au niveau européen ;
- une contribution très complète de connaissances et de savoirs aux autres cours, financés ou non par la Commission européenne. La mise à disposition des savoir-faire du secteur européen de promotion de la santé pour toute autre formation financée par l'Union européenne ou en relation avec les réseaux santé ;
- l'établissement d'un grand réseau européen de formation à la promotion de la santé et aux progrès issus de la recherche reliant, dans tous les États membres, un nombre croissant d'universités et d'établissements d'éducation supérieure.

Ce master est composé de modules de base obligatoires qui comportent quatre matières principales : fondements de la promotion de la santé (module double), bases de recherche en promotion de la santé, pratiques de promotion de la santé, dimension européenne de la pro-

motion de la santé (module double). Des modules optionnels validés sont également proposés, parmi lesquels les étudiants pourront faire leur choix.

La phase 2 du programme EUMAHP a été financée par la Commission européenne (DG Sanco) et doit être achevée avant fin 2004. Cette phase, complétant la phase 1, va permettre d'étendre le programme à travers toute l'Europe en créant un réseau d'universités partenaires souhaitant dispenser le cursus et les valeurs de EUMAHP. Les étudiants qui réussiront le cours recevront un certificat EUMAHP.

Et, en France, quel est l'état d'avancement de ce master ? « Nous avons commencé l'intégration EUMAHP ici, à Aix-Marseille 1, en 2002 », explique Vincent Bonniol, maître de conférences, responsable français du master européen. « À l'automne 2004 pour la rentrée universitaire, nous aurons à Aix-Marseille une deuxième année de master, qui collera au projet EUMAPH dans ses différents modules », poursuit l'universitaire. Aix-Marseille pourra ainsi, en partenariat avec d'autres universités européennes, accueillir et envoyer des étudiants « master ». D'autres universités européennes ont amorcé ou même achevé cette convergence vers le master européen estampillé EUMAHP : Valence en Espagne, Brighton au Royaume-Uni, ainsi que d'autres campus au Portugal, en Italie, en Norvège, en Allemagne...

**John Kenneth Davies**

Responsable du projet EUMAHP,  
Université de Brighton, Royaume-Uni.

## Pour en savoir plus

Contactez le centre IHDR en consultant le site : <http://www.brighton.ac.uk/eumahp/>

# Vingt pays européens pour une base de données en ligne

**Vingt pays européens font cause commune pour développer une base de données et un site Internet sur les politiques, les infrastructures et les pratiques de promotion de la santé ayant fait la preuve de leur efficacité. Ce réseau comble un vide : la promotion de la santé dispose de peu d'outils communs d'information et de recherche.**

En Europe, le secteur de la promotion de la santé est multiforme car il regroupe des approches, des modèles et des pratiques extrêmement variés. Leurs différences proviennent de la grande diversité des perspectives culturelles et de perception du domaine de la santé. Jusqu'à présent, aucune base de données électronique systématiquement constituée et facilement accessible n'avait été créée pour compiler des données comparatives sur les politiques, les infrastructures et les pratiques de promotion de la santé de l'Union européenne. C'est désormais chose faite avec la base de données HPSource. Ce nouvel outil disponible en ligne<sup>1</sup> fournit les informations nécessaires aux décideurs politiques, aux chercheurs et aux professionnels de la santé œuvrant au développement et à l'amélioration de la promotion de la santé en Europe et au-delà.

Cette base de données a été élaborée grâce à la participation de vingt pays qui ont fourni des données dans des domaines variés :

- aperçu de la promotion de la santé au niveau national ;
- formulation des politiques ;
- évaluation des politiques ;
- surveillance de la santé publique ;
- études et recherches ;
- mise en œuvre ;
- ressources humaines ;
- associations professionnelles ;
- financements.

D'un simple clic, elle permet d'accéder à des informations nationales, régionales ou locales et de consulter directement des documents sur les projets ou les politiques en cours. L'atout majeur de HPSource réside dans sa capacité à regrouper les efforts de chaque pays et les actions publiques de l'Union européenne en un ensemble cohérent, en présentant des informations provenant de sources multinationales

jusqu'alors inaccessibles, mésestimées et ne permettant pas d'établir des comparaisons entre les pays.

En septembre 2003, l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) a organisé une réception au siège du Parlement européen pour fêter le lancement de cette base de données en ligne très complète. En s'adressant aux invités de la soirée, qui comptaient parmi eux des représentants de la Commission européenne, de l'Organisation mondiale de la santé, des députés du Parlement et des représentants d'autres ONG, le président de l'UIPES, Maurice Mittelmark, a proposé une explication à la sous-utilisation de la promotion de la santé en Europe, en dépit des preuves de son efficacité.

*« ... Cela vient du fait qu'il faut renforcer les politiques, les infrastructures et les pratiques dans tous les pays d'Europe. On ne peut faire de la promotion de la santé vraiment efficace sans politiques ni engagement au plus haut niveau. On ne peut améliorer constamment les techniques de la promotion de la santé si la recherche n'est pas financée de manière appropriée. On ne peut diffuser des pratiques efficaces de la promotion de la santé si les professionnels manquent de moyens et de formation. On ne peut pratiquer efficacement la promotion de la santé à quelque niveau que ce soit, international ou local, si les éléments de l'infrastructure ne sont pas liés entre eux de manière adéquate et cohérente au sein des pays et entre les pays. C'est pour cela que HP-Source a été développé. Ce n'est évidemment pas une réponse magique aux problèmes rencontrés mais simplement un état des lieux de ce dont nous disposons, à partir duquel nous pouvons apprendre à améliorer et étendre les ressources nécessaires. »*

La création et la mise en œuvre de HP-Source ont permis de mettre au point une approche

réfléchie et pertinente de collecte, de vérification et de diffusion des données. HP-Source propose un schéma d'analyse pour le recueil des données auprès des réseaux professionnels existants. Ce schéma vise à améliorer la compréhension des éléments clés qui sont à la base de l'efficacité des infrastructures, des politiques et des pratiques de la promotion de la santé. Il s'agit également de renforcer les capacités de la recherche dans un domaine où elle n'est pas encore suffisamment utilisée, ce qui est crucial pour s'assurer de l'efficacité des futurs investissements en promotion de la santé.

La base de données, sous sa forme actuelle, n'est, bien entendu, qu'un point de départ. Elle n'est, en effet, pas encore capable de rendre compte de la complexité du débat sur la promotion de la santé, de la diversité des approches selon les secteurs et des techniques de mise en œuvre. Les divers partenaires et acteurs du projet travaillent pour progresser dans ce sens, en particulier sur les questions suivantes : de quelle manière l'analyse des données peut-elle aider à concevoir une stratégie et à faciliter l'identification des infrastructures et des politiques efficaces ? Et de quelle manière peut-on valoriser les efforts de tous les acteurs de la santé publique dans chaque pays partenaire pour apprendre et construire des modèles de bonnes pratiques ?

**Catherine Jones**

Coordnatrice de projets internationaux,  
UIPES, Saint-Denis.

**Pour en savoir plus : [www.HP-Source.net](http://www.HP-Source.net)**

<sup>1</sup> NDLR : la langue unique utilisée sur le site est l'anglais.

# Drogues : un portail européen nommé Elisad

**Réseau documentaire européen sur les drogues et addictions, Elisad fournit à l'internaute une évaluation de mille sites européens consacrés aux drogues. Alors que la recherche sur Internet est entrée dans les mœurs, les membres d'Elisad soulignent la valeur ajoutée qu'apportent les documentalistes dans une démarche de recherche.**

Dans le domaine des addictions, la configuration des réseaux européens a beaucoup changé en dix ans. En 1994, vingt réseaux étaient soutenus par la Commission européenne. En 1995, la question des drogues est entrée dans les prérogatives européennes. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), créé en 1993, est devenu le réseau institutionnel essentiel. Depuis, le nombre des réseaux associatifs a décliné de moitié. L'importance de leur rôle pour faire progresser les connaissances des professionnels de terrain par l'échange de leurs pratiques est mal évaluée et fragilisée par des moyens limités. Elisad<sup>1</sup> réseau européen d'information sur les drogues et les addictions fait partie de ceux qui ont réussi, jusqu'à présent, à subsister.

Créée en 1988, Elisad est une association indépendante qui rassemble environ cinquante centres d'information et de documentation, de pays essentiellement européens, spécialisés dans le domaine des addictions. C'est un des réseaux européens parmi les plus anciens.

Son objectif est de développer et de promouvoir l'échange en Europe des outils et des ressources d'information spécialisées. Ses moyens sont une conférence annuelle, un site web<sup>2</sup>, une lettre d'information et une liste de diffusion électronique pour ses membres<sup>3</sup>. À part les cotisations de ses adhérents, le réseau ne dispose d'aucun financement régulier ni de salariés. La coordination est assurée bénévolement.

Le réseau, de taille pourtant modeste, a incontestablement permis de faire progresser la notion de diffusion de l'information spécialisée grâce à plusieurs projets et partenariats concrets. Parmi ceux-ci, il y a notamment la Bibliothèque virtuelle européenne sur les drogues, qui fut reprise par l'OEDT. Aujourd'hui, le

projet en cours, et qui a reçu un soutien financier de la Commission européenne (direction Sanco), est celui de la Elisad Internet Gateway.

## Quatorze pays fondateurs

La Gateway un portail Internet thématique qui s'inspire d'initiatives comparables à celle du portail en santé publique de l'université de Rouen ([www.chu-rouen/cismef.fr](http://www.chu-rouen/cismef.fr)). Le projet est né lors d'une conférence Elisad, en 1999. Le centre universitaire allemand Archido en a été le coordinateur, quatorze pays y ont participé, et l'OEDT a été associé au suivi méthodologique et à l'extension du projet vers les experts des pays de l'Est.

Aujourd'hui, la Gateway est en ligne ([www.elisad.uni-bremen.de](http://www.elisad.uni-bremen.de)) et donne accès à une base de données comportant une sélection de près de mille sites web européens. Le contenu de chaque site est évalué grâce à une grille d'analyse très détaillée. Une attention particulière est portée à la qualité des sites sélectionnés à partir de critères prédéfinis : références scientifiques et professionnelles des auteurs, éthique et clarté des objectifs, pertinence du contenu, validité des informations, mise à jour, qualité de la présentation et de la navigation. Le portail couvre les thèmes suivants : substances psychoactives, effets et conséquences des usages, autres comportements addictifs, prévention, histoire, politique, recherche, traitements, économie et trafic.

## L'importance de la fonction documentaire

Le documentaliste d'aujourd'hui n'est plus celui d'autrefois. En ces dix dernières années, il a acquis des outils et des sources d'information inégalés. Trop peu de politiciens, de chercheurs, de professionnels en ont pris conscience et préfèrent encore chercher seuls sur

Internet. Le politicien ne trouvera que ce qu'il veut trouver. Le chercheur et le praticien perdront beaucoup de temps pour ne trouver qu'une partie de ce qu'un documentaliste peut leur fournir. De plus, en cette époque de difficultés économiques, la tendance est de penser qu'Internet peut remplacer les professionnels de l'information, de la prévention et même des traitements !

Les membres d'Elisad connaissent la valeur des ressources qu'ils possèdent et qu'ils démultiplient en les partageant au niveau européen. Ils déplorent la fermeture, dans plusieurs pays, de nombreux centres de documentation et d'information. Elisad a décidé de répondre à cette dérive par la diffusion d'une déclaration officielle aux responsables politiques et aux professionnels européens afin de promouvoir l'importance de la fonction documentaire<sup>4</sup>. Puisse-telle être entendue pour que subsiste un système d'information objectif et accessible par tous, notamment dans un domaine aussi sensible que celui des substances psychoactives.

**Thomas Rouault**

Directeur, réseau national d'information et de documentation Toxibase, Trésorier de Elisad, Lyon.

**Anne Singer**

Consultante sur le projet Elisad Internet Gateway, Membre du bureau de Elisad, Paris.

1. Association européenne des bibliothèques et centres d'information sur l'alcool et les drogues.

2. Pour en savoir plus, consulter [www.elisad.org](http://www.elisad.org)

3. Déclaration de Brême, octobre 2002. Disponible en huit langues sur la page d'accueil du site [www.elisad.org](http://www.elisad.org)

4. NDLR : la plupart des documents disponibles sur le site sont en anglais.

# Pour en savoir plus

Cette rubrique consacrée à la promotion de la santé en Europe est plus particulièrement axée sur les centres de ressources européens. Nous espérons que ces informations permettront aux lecteurs de s'inscrire dans des actions ou des projets internationaux. Dans un premier temps, nous avons mentionné deux glossaires et un annuaire pour outiller le lecteur de définitions standardisées ou validées, et lui permettre de repérer des personnes clés ou des interlocuteurs possibles. La deuxième partie de la rubrique, la plus importante, rassemble une liste de centres ressources européens : quelles sont les grandes agences européennes, quels sont les indicateurs ou les statistiques de santé disponibles, comment repérer les grands réseaux européens de santé publique ? Suit une énumération de revues spécialisées en promotion ou en éducation pour la santé avec une visée européenne ou internationale. Enfin, une brève bibliographie (de nombreux textes en accès libre sont déjà mentionnés dans les sites Internet de ressources) apportera d'ultimes précisions sur ce thème.

## ► Deux glossaires et un annuaire en promotion de la santé

### • Base de définitions des concepts en santé

Produit par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

<http://www.inpes.sante.fr>

[Dernière consultation 21/06/2004]

Le principe de cette base de données est de mettre à disposition plusieurs définitions pour un même concept. On y trouve des termes comme santé, promotion de la santé, accident, vieillissement, communication, etc. Deux cent quarante définitions issues de la littérature permettent de confronter les conceptions de différents auteurs à différentes époques. Vous y trouverez, par exemple, trente définitions du terme éducation pour la santé rédigées de 1942 à 1995 et qui viennent de France, de Belgique en passant par la Suisse et le Québec. Quelques rares définitions sont issues de la littérature anglo-saxonne ; dans ce cas, le terme (et parfois la définition) est traduit.

Cette base est principalement alimentée à l'occasion de congrès, colloques ou publications dont l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est organisateur ou partenaire, et aussi à l'occasion de la réalisation de dossiers documentaires.

### • Glossaire multilingue de quatre cents termes de santé publique et de promotion de la santé

Produit par la banque de données en santé publique (BDSP)

<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

[Dernière consultation 21/06/2004]

À l'initiative de la Commission européenne, un glossaire multilingue portant sur quatre cents termes de santé publique et de promotion de la santé a été élaboré. Des experts de quinze pays de l'Union européenne ont participé à sa réalisation. Il est présenté en quatre langues

(allemand, anglais, espagnol et français). Il comprend des définitions « standardisées » portant sur des termes, des expressions et des concepts utilisés en santé publique. Certaines particularités nationales ou linguistiques sont indiquées.

L'entrée dans le glossaire se fait de deux façons : soit par thème (biostatistiques, catégories de problèmes de santé, démographie, économie de la santé, environnement, épidémiologie, éthique et droit, évaluation, planification-administration, prévention, promotion de la santé, sécurité sociale, sociologie-psychologie, système d'information, systèmes de santé), soit par une entrée alphabétique.

Ce glossaire s'adresse plus particulièrement aux enseignants, aux étudiants et aux professionnels de santé publique travaillant dans un contexte international.

### • Who's who européen en promotion de la santé

Produit par le réseau européen des agences de promotion de la santé (*European Network of Health Promotion Agencies*)

<http://www.eurohealthnet.org/EuroHealthNet/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

C'est une base de personnes ressources décrivant les domaines d'expertise et l'activité de quelque cinq mille professionnels travaillant pour la promotion de la santé et la santé publique en Europe. Il fournit des informations détaillées sur le champ d'expertise et les centres d'intérêts des personnes recensées, sur les organismes qui les emploient et sur les projets en cours. Ce système d'information européen est géré à l'École nationale de la santé publique (ENSP - Rennes). Il est soutenu financièrement par la Commission européenne et a été réalisé avec le concours de *European network of health promotion agencies - ENHPA* et les agences de promotion de la santé des pays représentés sur ce site. Dans sa version actuelle, le site web permet la consultation des fichiers suivants : Allemagne, Belgique, Dane-

mark, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. L'accès à la base existe en trois versions : une version simplifiée en accès libre et ouvert à tous ; une version complète, réservée aux professionnels qui figurent dans la base de données, qui donne accès à des informations plus nombreuses et à de plus larges fonctionnalités de recherche (accès sur login/mot de passe) ; et une version réservée aux administrateurs de la base de données permettant la validation et le suivi des fiches de la base de données.

## ► Organismes ressources

### Les institutions de l'Union européenne

La stratégie de l'Europe en matière de santé publique repose sur un consensus entre les États-membres basé sur cinq points :

- l'action communautaire dans le domaine de la santé publique axée sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies et affections humaines ainsi que les causes de danger pour la santé humaine ;
  - une plus grande coopération entre les États-membres ;
  - intervention de la Communauté lorsque les actions de prévention de la santé humaine sont mieux menées au niveau communautaire qu'au niveau des États-membres ;
  - intégration des exigences communautaires en matière de protection de la santé dans les autres politiques communautaires ;
  - évaluation de l'efficacité des politiques mises en œuvre, des critères liés à la santé (mortalité, morbidité, facteurs de risques, etc.), des critères communautaires... de lutte contre les grands fléaux pour la santé, la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux conditions de vie générales et la promotion de l'égalité au niveau de la santé dans toute l'Union.
- La politique de santé publique de la Commission

européenne comporte deux éléments principaux : d'une part, un cadre de santé publique, avec un programme d'actions (mise en œuvre d'actions cofinancées) dans le domaine de la santé publique (2001-2006) ; et d'autre part, la prise en compte de la santé dans tous les domaines clés de l'activité communautaire.

Trois principaux volets d'intervention sont identifiés :

- **améliorer l'information et les connaissances en vue de promouvoir la santé publique et les systèmes de santé** avec la création d'un système global de collecte, l'analyse et l'évaluation des informations et des connaissances afin d'informer, conseiller et distribuer l'information à tous les niveaux de la société, le grand public, les autorités et les professionnels de la santé ;

- **renforcer la capacité de réaction rapide et coordonnée aux menaces pour la santé** avec le développement, le renforcement et le soutien de la capacité, de l'exploitation et de l'interconnexion de mécanismes de surveillance, d'alerte précoce et de réaction rapide ;

- **agir sur les déterminants de la santé** avec de larges actions de promotion de la santé accompagnées de mesures et d'instruments spécifiques de réduction et d'élimination des risques ; l'accent sera mis sur les facteurs clés liés au mode de vie, à la situation socio-économique et à l'environnement tels que la consommation de tabac, d'alcool, la toxicomanie, la nutrition et le stress.

#### • **Europa**

Le site Internet Europa constitue un portail donnant accès à toutes les informations diffusées sur Internet par les institutions et organes de l'Union européenne. L'information du site Internet se subdivise en six grandes rubriques : « Actualités », « Activités », « Institutions », « L'UE en bref », « Documents officiels » et « Sources d'information ».

Le site met à disposition les textes législatifs en vigueur ou en discussion, les sites web de chaque institution, ainsi que l'ensemble des politiques menées par l'Union européenne, selon les compétences qui lui sont dévolues par les traités. Il permet, en particulier, d'accéder aux actions et programmes de l'UE en matière de santé publique et de prévention (VIH, cancer, dépendances, etc.) d'évaluation des risques, d'éducation et de formation.

<http://www.europa.eu.int>

[Dernière consultation 21/06/2004]

Le site de la Commission européenne donne toutes les informations sur les programmes de santé publique en général et sur les domaines d'activité développés :

[http://europa.eu.int/comm/health/index\\_fr.html](http://europa.eu.int/comm/health/index_fr.html)  
[dernière consultation le 21/06/2004]

#### • **Conseil de l'Europe - Cohésion sociale et qualité de vie**

La direction générale de la cohésion sociale œuvre au développement de la cohésion sociale et à l'amélioration de la qualité de la vie des sociétés européennes pour une pleine jouissance des droits de l'homme et le respect de la dignité humaine. Elle travaille notamment sur les personnes vulnérables : enfants, migrants, personnes âgées, handicapés, malades, toxicomanes. Le site propose l'accès à la plupart de ses travaux.

Dans le domaine de la santé, son objectif est d'élaborer une politique européenne qui puisse être mise en œuvre grâce à l'harmonisation des politiques de santé des États-membres, à la promotion de la santé, la prévention et à l'éducation à la santé. Ce processus est supervisé par le Comité européen de la santé, organe compétent pour encourager une coopération européenne plus étroite dans la promotion de la santé. Il est notamment chargé de mettre en œuvre : « les mesures préventives contre les maladies et l'encouragement à des styles de vie sains par l'éducation pour la santé » ; « la planification et l'organisation des services de santé au niveau de la santé primaire et secondaire » ; « les questions éthiques et juridiques qui se présentent dans le domaine de la santé » ; « la formation du personnel de santé ».

[http://www.coe.int/T/F/cohesion\\_sociale](http://www.coe.int/T/F/cohesion_sociale)

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### Agences décentralisées de l'Union européenne

Quinze agences spécialisées ont été créées par l'Union européenne et ses États-membres. Entités régies par le droit communautaire dérivé, distinctes des institutions communautaires, elles sont chargées d'un travail technique, scientifique ou de gestion, précisé dans leurs statuts. Leurs missions sont variées : recherche, information, expertise, évaluation.

[http://europa.eu.int/agencies/index\\_fr.htm](http://europa.eu.int/agencies/index_fr.htm)

[Dernière consultation 21/06/2004]

Parmi les quinze entités, on distinguera : deux agences dites « agences visant à promouvoir le dialogue social au niveau européen » et deux autres agences qualifiées d'observatoires.

#### Agences visant à promouvoir le dialogue social au niveau européen

##### • **Agence européenne pour la sécurité et santé au travail (EU-OSHA)**

Elle est chargée de recueillir et diffuser l'information destinée à améliorer la santé et la sécurité au travail. L'agence développe un réseau de sites Internet dédiés à la santé et la sécurité au travail des États-membres. Elle gère des campagnes d'information, ainsi que

diverses publications. Le site offre notamment des informations sur la législation du travail de chaque pays membre, des données statistiques, des bulletins d'information et rapports consultables en texte intégral, des recommandations de bonne pratique.

EU-OSHA - Gran Vía 33 - 48009 Bilbao (Espagne) - Tél. : 00 34 94 479 43 60 - Fax : 00 34 94 479 43 83

<http://agency.osha.eu.int>

[Dernière consultation 21/06/2004]

##### • **Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound)**

Elle a été mise en place par le Conseil européen en 1975 pour contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail en Europe. Ses principales missions sont de fournir des avis autorisés et des conseils aux responsables de politique sociale ; d'évaluer et analyser les conditions de vie et de travail ; de faire état des évolutions et des tendances, en particulier de celles qui induisent des changements ; de contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie. La Fondation a publié une série de rapports sur les conditions de vie et de la qualité de vie en Europe, a réalisé une enquête en 2000 sur l'environnement de travail en Europe et a également mené une étude dans les pays adhérents et candidats. Les rapports d'enquêtes et les données sont gratuitement téléchargeables sur le site.

**Eurofound** : Wyattville Road - Loughlinstown - Dublin 18 (Irlande) - Tél. : 00 35 31 204 31 00 - Fax : 00 35 31 282 64 56

<http://www.fr.eurofound.eu.int/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### Les observatoires

Leur principale mission est de rassembler et diffuser des informations grâce à un réseau de partenaires qu'elles doivent mettre en place et gérer au quotidien.

##### • **L'Agence européenne pour l'environnement (AEE)**

Kongens Nytorv 6 - DK-1050 Copenhague K, (Danemark). Tél. : 45-3336 7100 - Fax : 45 3336 7199.

<http://www.eea.eu.int>

[Dernière consultation 21/06/2004]

##### • **L'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)**

Apolónia, 23-25 - PT-1149-045 Lisbonne (Portugal). Tél. : 00 351 21 811 3000 - Fax : 00 351 21 813 1711.

<http://www.emcdda.eu.int>

[Dernière consultation 21/06/2004]

## Autres organisations européennes

### • Association des écoles de santé publique de la région européenne (Aspher)

Association d'institutions (actuellement soixante cinq membres) créée en 1966, elle participe au renforcement du rôle de la santé publique par l'amélioration de la formation des professionnels, des praticiens et chercheurs, dans les pays de la région européenne.

Elle a pour mission d'aider les écoles et les départements universitaires de santé publique à remplir leur mission d'enseignement professionnel et universitaire, de recherche et de service ; et de se joindre à d'autres programmes et organisations de santé publique pour augmenter la prise de conscience, la reconnaissance et le soutien du public en matière de santé publique. L'Aspher travaille en coordination avec différents partenaires internationaux :

Conseil de l'Europe, Union européenne, OMS Europe, OMS. Elle organise une conférence annuelle et édite une *Newsletter*.

**Aspher** : 14, rue du Val d'Osne – 94415 Saint-Maurice Cedex. Tél. : 01 43 96 64 59 – Fax : 01 43 96 64 63

<http://www.aspher.org>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Association européenne pour l'information et les bibliothèques de santé (European Association for Health Information and Libraries – EAHIL)

Les objectifs poursuivis par cette association sont de développer des collaborations entre les bibliothèques de santé en Europe, de privilégier des relations entre bibliothèques de l'Europe de l'Ouest et Europe de l'Est, de développer des standards et des pratiques communes entre bibliothèques, d'assurer une veille pour les

bibliothécaires et documentalistes ; d'encourager la mobilité et la formation des professionnels de l'information, notamment au regard des nouvelles technologies, et de représenter les bibliothèques de santé à un niveau européen, en particulier au niveau des organisations européennes et de l'Organisation mondiale de la santé. Sur le site Internet de l'association figurent de nombreux liens avec des bibliothèques en réseau et un accès direct à la lettre électronique produite par l'EAHIL, *Newsletter to European Health librarians*.

EAHIL Secretariat c/o NVB Bureau - Nieuwegracht 15 - 3512 LC Utrecht (Pays-Bas) – Tél. : 31 30 2619663 - Fax : 31 30 2311830 - EAHIL-secr@nic.surfnet.nl

<http://www.eahil.org/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • The European Network of Health Promotion Agencies/ EuroHealthNet (ENHPA)

Le réseau européen des agences de promotion de la santé (ENHPA) est une organisation créée en 1996 et cofinancée par la Commission européenne et les agences nationales, avec la mission d'améliorer et d'augmenter la capacité et la qualité de la promotion de santé en Europe. Les membres d'*EuroHealthNet* ont été et continuent d'être impliqués dans des projets de santé publique et promotion de la santé financés par la Commission européenne. *EuroHealthNet* contribue, en particulier, à la réflexion politique au sein de l'Europe ; à la diffusion, au partage, au transfert d'informations et d'expertises ; à la coordination de projets entre ses membres et la Commission européenne ; et au dialogue avec les institutions et les organisations internationales.

<http://www.eurohealthnet.org>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Fédération des sociétés européennes de santé publique (EUPHA)

L'association européenne de santé publique rassemble des associations de santé publique en Europe. Fondée en 1992, elle constitue une organisation internationale, multidisciplinaire et scientifique rassemblant près de dix mille experts en santé publique. Elle promeut l'échange et la collaboration professionnelle dans l'ensemble de l'Europe. L'EUPHA et ses membres visent à être proactifs en participant activement à la planification du futur de la santé publique en Europe. Ses objectifs sont de favoriser et renforcer la recherche et la pratique en santé publique en Europe ; d'améliorer la communication entre les politiciens, les chercheurs et les acteurs ; de fournir une plate-forme d'échange d'information, d'expériences, et de recherche ; et d'encourager et promouvoir la recherche commune dans le champ de la santé publique et dans les services de santé en Europe.

EUPHA réalise et édite la revue *European Journal of Public Health*. Elle organise une conférence annuelle, et anime des groupes de travail constitués de chercheurs et de professionnels sur des thèmes tels que la santé des migrants ou la promotion de la santé.

<http://www.eupha.org>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Santé mentale Europe (SME)**

Créée en 1985, Santé mentale Europe a actuellement quatre-vingt-une organisations membres dans trente pays européens et soixante quinze membres individuels. Organisation non gouvernementale, elle développe des projets européens et se consacre en particulier à la promotion d'une santé mentale positive, à la prévention de la maladie mentale, à l'amélioration des soins, à la défense des droits et à la protection des patients et de leurs familles. Elle soutient des projets européens qui réunissent de nombreuses autres organisations européennes, autour de sujets tel que la prévention, la santé mentale des enfants et des adolescents. Elle publie un bulletin mensuel d'informations et est l'auteur de nombreux rapports.

**SME** : 7, boulevard Clovis – B-1000 Bruxelles – (Belgique). Tél. : 32 2 280 04 68 – Fax : 32 2 280 16 04.

<http://www.mhe-sme.org/fr/home.htm>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### Organismes internationaux

#### • **Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional de l'Europe**

Le site Internet du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe présente des informations en matière de santé accessibles par pays, organisées par thèmes, mots clés ou par sources d'informations (données, bases factuelles, publications et documents des organes directeurs).

<http://www.euro.who.int/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Base de données européenne de la santé pour tous**

Contient des données concernant quelque six cents indicateurs sanitaires, démographiques et socioéconomiques de base ; mode de vie et environnement ; mortalité, morbidité et incapacité ; sorties d'hôpital ; ressources sanitaires, utilisation des services et dépenses de santé. Permet d'analyser facilement et de façon conviviale les tendances et de comparer au plan international un vaste éventail de statistiques sanitaires pour formuler et surveiller les politiques de santé aux niveaux national et international.

<http://www.euro.who.int/hfad>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Indicateurs de mortalité et cause, âge et sexe**

Contient des indicateurs liés à la mortalité comme la base de données de la Santé pour tous, mais par groupes d'âge plus précis. Permet d'analyser les tendances de la mortalité pour les principales causes de décès en fonction de l'âge.

[http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1)

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Système d'information sur les maladies infectieuses (CISID)**

La base CISID contient des données recueillies dans le cadre de la surveillance des maladies transmissibles – tuberculose, VIH/sida, infections sexuellement transmissibles et paludisme – et des données relatives à la couverture vaccinale des pays et aux récentes épidémies survenues en Europe. Permet d'examiner et d'évaluer dans le détail l'évolution des principales maladies infectieuses dans la Région européenne de l'OMS. Propose des données intéressantes le niveau sous-national.

<http://data.euro.who.int/cisid/> [Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Base de données relatives à la lutte contre l'alcool**

Rassemble des informations sur les politiques suivies dans les États membres en matière d'alcool et établit un lien avec les données issues de la *base de données européenne de la Santé pour tous* qui concernent la consommation d'alcool et ses conséquences.

<http://data.euro.who.int/alcohol/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Base de données de lutte contre le tabagisme**

Contient des données sur la prévalence du tabagisme et sur divers aspects des politiques de lutte contre le tabagisme dans les pays européens. On trouvera des informations normalisées permettant de suivre et d'évaluer la situation en matière de tabagisme dans les pays et d'effectuer des comparaisons entre pays.

<http://data.euro.who.int/tobacco/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Base de données du bureau européen de l'OMS sur les rapports nationaux en santé publique**

L'unité d'information sur la santé (*Health Information and Evidence unit – HIE*) collecte depuis de nombreuses années des rapports nationaux sur la santé publique produits par les pays membres du bureau régional européen de l'OMS. Ces informations sont collectées dans le but de diffuser des exemples de bonnes pratiques dans la rédaction de rapports sur la santé publique et d'assister les pays intéressés par

une telle démarche. Cette base d'information est utilisée dans le cadre du projet européen d'évaluation des politiques nationales et régionales de santé publiques par l'Institut de santé publique de Bielefeld en Allemagne.

L'entrée dans la base de données se fait par pays et/ou par année. Chaque notice est structurée avec les champs suivants : titre original, titre en anglais, institution responsable, personne responsable, année de publication, URL, périodicité du rapport, traduction, champs couverts, public ciblé, personne à contacter.

<http://data.euro.who.int/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

#### • **Réseau des bases factuelles en santé (HEN)**

Le Réseau est un service d'information destiné avant tout aux décideurs dans les domaines de la santé publique et des soins de santé de la région européenne de l'OMS. Il offre deux services : des réponses aux questions pour contribuer au processus de décision ; un accès aisé à des sources de bases factuelles telles que des bases de données, des documents et des réseaux d'experts. Les bases de données factuelles font mention de résultats de la recherche et autres connaissances utiles au processus de prise de décision en matière de santé publique et de soins de santé. Elles donnent accès à un certain nombre de bases de données, de rapports et de documents en ligne, ainsi qu'à des réseaux d'experts dans le domaine des bases de données en matière de santé publique et de soins de santé. Les bases factuelles et les informations de chaque organisation sont choisies compte tenu de leur pertinence pour la prise de décision en matière de politique de santé dans la Région européenne de l'OMS. Ci-dessous figurent des exemples de questions traitées par le Réseau des bases factuelles en santé : Comment peut-on garantir au mieux la qualité des hôpitaux ? Quels sont les principaux facteurs de risque responsables de l'invalidité chez les personnes âgées et quelles sont les mesures préventives ? Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme ? Dans quelle mesure une augmentation du prix du tabac entraîne-t-elle une réduction de la consommation ? Quelles sont les autres incidences possibles d'une augmentation du prix du tabac ? Quels sont les arguments en faveur des soins de santé mentale de proximité ? Quels sont les enseignements tirés par les pays qui ont réduit considérablement le nombre de leurs lits d'hôpital ? Les programmes de prise en charge de maladies sont-ils un moyen efficace d'améliorer la qualité des soins à destination des personnes atteintes d'affections chroniques ?

<http://www.who.dk/HEN>

[Dernière consultation 21/06/2004]

## ► Revues

### • Éducation Santé

Revue mensuelle publiée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (Belgique). *Éducation Santé* travaille à promouvoir la promotion de la santé : le concept, les stratégies, les méthodes, les processus d'évaluation, et les initiatives concrètes, tant locales qu'au niveau de la Communauté francophone de Belgique. C'est un instrument d'information, de formation, d'échange et de contact destiné à tous les acteurs de la promotion de la santé. Le public privilégié de la revue est constitué par les personnes relais que sont les enseignants, étudiants, animateurs, médecins, paramédicaux, documentalistes, responsables de services de promotion de la santé, de centres de santé, d'hôpitaux, etc. La revue est consultable en ligne.

<http://www.educationsante.be>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • European Journal of Public Health

Le journal européen de la santé publique est multidisciplinaire, avec quatre numéros par an. Il regroupe des contributions variées dans le champ de la santé publique relatives notamment à l'épidémiologie, la recherche, l'éthique, la loi, les sciences économiques, les sciences sociales et la santé environnementale. Le journal contribue à alimenter des discussions et des débats autour des préoccupations internationales et européennes actuelles.

<http://www3.oup.co.uk/eurpub/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Health Education Research (HER)

HER est la propriété d'Oxford University Press. Dédiée à l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans le monde, elle participe à créer des liens entre les chercheurs et les résultats obtenus dans la pratique par les éducateurs de santé.

<http://her.oupjournals.org/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Health Promotion International

La revue répond au mouvement de la nouvelle santé publique dans le monde et soutient les actions soulignées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Cette revue trimestrielle est publiée par *Oxford University Press* en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé. Elle comprend des articles, des analyses, des débats portant sur des thèmes tels que : l'éducation, les services santé, l'emploi, les services publics, les médias, l'industrie, et les réseaux communautaires. L'approche y est théorique et conceptuelle, mais des projets de recherche et d'élaboration de politiques y figurent également, ainsi que des

## ► Ressources bibliographiques

• Badéyan G. (coord.). *Information en santé : développements européens*. Adsp 2003 ; 42 : 17-72.

• Duriez M., Lequet-Slama D. *Les systèmes de santé en Europe*. Paris : Puf, coll. Que sais-je ? n° 3343, 1998 : 128 p.

• Fosse E. *Review of selected literature on health promotion infrastructure, policy and practice : bibliography*.

En ligne <http://www.HP-Source.net>

[Dernière consultation 21/06/2004]

• Jourdain-Menninger D., Lignot-Leloup M. *Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2003 : 171 p.

En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000473.shtml>

[Dernière consultation 21/06/2004]

• Lambert D.C. *Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands*

*pays industriels*. Paris : Seuil, coll. Économie humaine, 2000 : 521 p.

• *Les systèmes de santé en Europe*. Santé publique 2000 ; 12 (4) : 485-513.

• Nutbeam D. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève : OMS, 1999 : 36 p.

En ligne : [http://whqlibdoc.who.ch/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.ch/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)

[Dernière consultation 21/06/2004]

• Rusch E. *Glossaire des termes de santé publique internationaux*. Adsp 2003 ; 43 : 4-6.

• *Santé publique : des quartiers à l'Europe, congrès de Grenoble*, 1998. Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 1998 : 260 p.

• Union européenne. Direction générale Emploi, Relations industrielles et Affaires sociales. *La santé publique en Europe*. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés européennes (Emploi & affaires sociales. Santé publique) ; 1997 : 193 p.

activités programmées ou spontanées, des exemples de changements organisationnels et des travaux de développement social et environnemental.

<http://www.heapro.oupjournals.org>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Health Promotion Practice (HPP)

La revue est publiée par les Sage Publications en collaboration avec la *Society for Public Health Education*. Les articles sont consacrés à l'application pratique de la promotion et de l'éducation pour la santé. Le journal fournit une information critique et stratégique pour les professionnels impliqués dans des programmes d'éducation et de prévention. Ce support permet d'explorer les applications des programmes d'éducation pour la santé et les stratégies dans des domaines variés liés notamment aux soins, au travail, à l'éducation. La revue se consacre également aux questions relatives à la pratique des professionnels au regard des programmes, des méthodes d'enseignements, des stratégies d'intervention ou des outils et méthodologies d'évaluation.

<http://www.sagepub.com/Journalhome.asp>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Promotion & Education

Revue officielle de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), elle est multilingue et publiée quatre fois par an, avec un index des articles tous les deux ans. Elle comprend des articles de référence sur tous les aspects théoriques et pratiques de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Elle s'adresse à un public

de professionnels de toutes les régions du monde. La revue se veut en particulier le reflet de trois des priorités stratégiques de l'UIPES : le développement des connaissances, le plaidoyer pour la santé, la communication et le travail en réseau.

<http://www.iuhpe.org/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

### • Reviews of Health Promotion and Education Online (RHP&EO)

RHP&EO est le journal électronique de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES). Son objectif est d'améliorer la qualité de la promotion de santé et de l'éducation sanitaire en éditant régulièrement une sélection d'articles récents qui contribuent à son développement, à sa réalisation et son évaluation. Les articles sont présentés avec un résumé et un commentaire.

<http://www.rhpeo.org/>

[Dernière consultation 21/06/2004]

Dans la plupart des **Pour en savoir plus** de *La Santé de l'homme*, des centres de ressources européens sont mentionnés. Pour mémoire :

• Lavielle C., Sizaret A. *Pour en savoir plus. Dossier : Promotion de la santé : le temps des réseaux*. La Santé de l'homme n° 369, janv.-fév. 2004 : 55-57.

• Lemonnier F., Sizaret A. *Pour en savoir plus. Dossier : Prévenir les violences*. La Santé de l'homme n° 366, juil.-août 2003 : 37-41.

Sandra Kerzanet, Anne Sizaret

Documentalistes à l'INPES.

## Léa et le feu

Un coffret pédagogique d'éducation à la santé pour les 8-10 ans

**Après l'eau, la terre puis l'air, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) vient de réaliser et d'éditer un nouveau coffret d'intervention en éducation pour la santé, *Léa et le feu*. Cet outil, présenté sous forme d'une mallette, permet aux enseignants de mener des actions d'éducation pour la santé de façon ludique avec les enfants de 8 à 10 ans.**

teurs<sup>1</sup> de *Léa et le feu* et comment ils l'ont traduit en acte et en propositions d'activités d'éducation pour la santé.

### La collection des Chemins de la santé

En 1995, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) constate qu'il ne produit plus de manière régulière de coffrets destinés à mener des actions d'éducation pour la santé auprès des enfants ; il décide alors de reprendre la conception et la diffusion de ce matériel à destination du milieu scolaire. Trois raisons motivent cette décision :

- les productions antérieures sous la forme de coffrets pédagogiques « classiques » ne sont plus adaptées et doivent être reconsidérées ;
- les acteurs de terrain expriment une forte demande pour disposer de matériel spécifiquement destiné au milieu scolaire ;
- le CFES est sollicité par de nombreux partenaires (publics ou privés) pour réaliser du matériel sur différents thèmes (nutrition, hygiène corporelle, vaccination, etc.).

À la suite de ce constat, deux réunions sont organisées avec des acteurs de l'éducation pour la santé en milieu scolaire (enseignants, médecins ou infirmières scolaires, animateurs de comités d'éducation pour la santé, etc.), des professionnels de la communication en direction des enfants et des adolescents et des représentants des partenaires publics et privés du CFES. L'objectif est de fixer pour les années à venir le cadre « pédagogique » commun à l'ensemble des documents réalisés par

le CFES en direction du public scolaire. Ces réunions aboutissent à la rédaction d'un cahier des charges pour la production d'outils pédagogiques.

Ce cahier des charges pose en particulier le cadre conceptuel et méthodologique de référence en promotion de la santé (*voir encadré*).

À la suite de ce cahier des charges, une collection, pour le cycle 3 de l'école primaire (CE2, CM1, CM2), intitulée « Les Chemins de la santé » est créée. L'eau, la terre, l'air et le feu, quatre éléments pour aborder la santé en quatre coffrets avec des enfants de 8 à 10 ans. Dans un premier temps, ce sont *Léo et l'eau* et *Léo et la terre* qui sont conçus, puis en 1998, *Léa et l'air*. Le premier coffret est axé autour de l'hygiène, le deuxième autour de l'alimentation et le troisième aborde les thèmes de la respiration, du tabac, de l'exercice physique.

Chaque coffret est construit sur le même modèle et comprend :

- un livret enfant avec une histoire découpée en cinq chapitres, des activités courtes à faire seul ou avec l'entourage (test, bricolage, expérience, etc.) et un poster ;
- un livret enseignant construit lui aussi en cinq chapitres, comprenant des activités longues pour la classe, la reprise des activités courtes (avec les conclusions, les réponses...), des informations, des débats ainsi qu'une bibliographie ;
- un jeu ;
- une frise à afficher dans la classe ;
- des documents d'évaluation ;
- un carnet personnel pour les enfants.

Les deux premiers coffrets – *Léo et la terre*, *Léo et l'eau* – ayant été évalués (1) positivement par les enseignants, ce dernier opus, *Léa et le feu*, est construit sur le même modèle que les précédents avec quelques modifications, notamment sur les outils d'évaluation à destination de l'enseignant. Le thème du feu, en extrapolant aux rayonnements, à l'électricité, l'énergie, la chaleur, etc., permet d'aborder des sujets aussi larges que la sécurité solaire, la violence, la peur dans le noir, les relations amoureuses, les émotions, le plaisir de faire la fête.

À partir de quatre éléments du coffret (le livret enfant, le livret enseignant, la frise et le jeu) nous allons montrer au travers de cet article comment le cahier des charges, réalisé en 1995 (2), est resté présent à l'esprit des concep-

## Léa et le feu

### Le livret enfant

#### • l'histoire

L'histoire de *Léa et le feu* met en scène une communauté d'enfants au sein de leur école, ainsi qu'à l'extérieur. Les enfants, à l'occasion d'un voyage scolaire, vont explorer les volcans d'Auvergne et découvrir des phénomènes naturels comme les éruptions volcaniques, faire l'expérience de la canicule et de la foudre ! Le bien-être lié à la chaleur est également au rendez-vous le soir de la fête de la Musique, où tout le monde se retrouve autour d'un grand feu de camp et où les sentiments se déclarent...

Le feu, c'est également l'occasion de parler de sécurité solaire, de bronzage, de couleur de peau... Dans la classe de Léa, la diversité culturelle est de mise. Hakim, Lou, Zoé ont trois origines différentes : maghrébine, asiatique et antillaise. Cette mixité permet d'aborder des questions aussi diverses que la question du racisme, des différences culturelles, notamment en termes d'alimentation, et d'intégration.

#### • les activités

Neuf activités sont proposées dans le livret enfant. Cela va du bricolage au jeu-test, en passant par l'expérience. *Léa et le feu* traite notamment de la sécurité solaire. Pour pouvoir aborder avec les enfants le thème de la prévention, les auteurs ont souhaité débiter par un jeu-test qui permette aux enfants de se « regarder » individuellement et de

faire le point sur leur peau et sur leur rapport au soleil. À partir de cette réflexion personnelle, des conseils de prévention plus personnalisés sont proposés.

Toujours dans la perspective de s'appuyer sur les représentations des enfants, leurs préoccupations et leurs expériences, le jeu « halte au feu » est parti du constat qu'il existe une incohérence et un risque non négligeable à présenter la maison comme « le lieu de tous les dangers » ainsi que vouloir la transformer en lieu à « risque zéro ». En effet, les visions totalement sécuritaires de la maison ne résistent pas à la réalité des modes de vie et des contraintes auxquelles sont soumis les parents et les enfants dans l'exercice de leurs activités quotidiennes. En fait, la maison est en réalité perçue par une majorité d'enfants comme un havre de paix et de sécurité. Il est de ce fait dangereux de chercher à modifier cette perception, qui participe du sentiment global de sécurité de l'enfant, et qui contribue pour une part importante à la qualité de la relation parents-enfants. Ainsi, le jeu « halte au feu » propose aux enfants de repérer dans la maison qui leur est présentée six situations où il y a un risque d'incendie et six situations où le risque a été prévenu. À l'approche par le risque s'ajoute une approche plus positive, de réussite, tout en laissant de la place à la spontanéité, au raisonnement et à la créativité des enfants.

### Le livret enseignant

#### • la visite

Comme dans les autres coffrets, l'organisation d'une visite en rapport avec l'élément traité est proposée. Ici, il s'agit de la visite d'un site de transformation par le feu d'une matière première. L'objectif est de rendre des enfants capables de décrire des situations de la vie de tous les jours dans lesquelles le feu intervient pour transformer des matières premières. Des sites de visites sont proposés (boulangerie, distillerie, soufflerie de verre, etc.). En amont de la visite, les enfants sont invités à réfléchir à des questions qu'ils auraient envie de poser aux professionnels qu'ils vont rencontrer. Ils sont amenés à prendre des responsabilités dans le projet puisqu'il est demandé à deux d'entre eux de jouer au « rapporteur » et au photographe. Cette rencontre avec des travailleurs manuels permet également

de valoriser des compétences qui sont moins souvent mises en valeur que d'autres au long du parcours scolaire.

#### • l'enquête

L'enquête sur la sécurité dans et autour de l'école est l'une des activités « lourdes » du livret enseignant, qui va, pendant plusieurs semaines, mobiliser à la fois les enfants, les membres de la communauté éducative et des acteurs extérieurs à l'école qui ont un rôle à jouer en matière de sécurité dans et aux abords de l'école. Les enfants commencent par exprimer leur point de vue sur la sécurité – on part de leurs représentations de la sécurité à l'école – puis ils iront rencontrer d'autres personnes de l'école, aussi bien d'autres enfants

que du personnel (et en particulier le personnel de santé, plus difficile à rencontrer). Dans un troisième temps, les enfants, à partir d'une grille de questions, pourront interroger d'autres personnes à l'extérieur ou faire appel à diverses sources d'informations. C'est l'occasion pour les enfants de comprendre ce qui relève de leur responsabilité dans la sécurité à l'école et ce qui leur échappe, ce qui dépend de la responsabilité des adultes à la fois à l'intérieur mais également à l'extérieur de l'école (personnel de service, pompiers, services municipaux, etc.). Il leur est également proposé de travailler à élaborer des solutions au regard des problèmes qu'ils ont identifiés et des contingences de l'école.

## • la danse

Le livret enfant et le livret enseignant proposent différents types d'activités qui vont de l'expérience (fabriquer un petit volcan, fabriquer un chauffe-eau solaire, faire un test d'observation de sa peau face au soleil) à des activités qui prennent en considération le vécu, le besoin de bouger et de se dépenser des enfants. *Léa et le feu* propose, par exemple, afin de ressentir progressivement les effets notamment thermiques de l'activité physique, d'organiser un atelier de danse, et pourquoi pas de danse africaine. Garçons et filles pourront, entre autres choses, prendre conscience de leur propre gestuelle et de celle des autres et développer des capacités de concentration sans mettre en jeu les

compétences scolaires traditionnellement recherchées. La danse peut être l'occasion de donner aux enfants une grande marge de liberté dans l'accomplissement des gestes et des enchaînements, favorisant ainsi leur créativité. De plus, choisir une danse « culturelle » ou ethnique permet encore aux enfants de découvrir une autre culture.

## • les débats

Cinq débats sont proposés dans le livret enseignant. Ceux de *Léa et le feu* s'intitulent : « *Je ne crois que ce que je vois* », « *J'ai peur dans le noir* », « *J'ai assisté à une scène de racisme* », « *On dit que je suis violent* » et « *Je crois que je suis amoureux* ». Ils reprennent un élément de l'histoire afin de faire réagir les enfants sur ce qu'ils pensent des réactions de leurs héros. Ensuite, la discussion peut s'engager au sein de la classe pour faire émerger des témoignages d'enfants, les faire s'exprimer sur les solutions qu'ils ont pu trouver pour faire face à un problème, les amener à réfléchir sur la différence entre les adultes et les enfants. Ces moments d'échange ont pour objectif de développer l'écoute, le respect de l'autre et de sa parole, l'émergence de solutions collectives. Ils se terminent toujours par un retour vers le carnet personnel de l'enfant. L'organisation des débats fait l'objet de recommandations dans le livret enseignant et il est conseillé de coanimer ces débats avec l'infirmière ou le psychologue scolaire.

L'un des débats permet de répondre directement à l'une des recommandation du cahier des charges, à savoir ne pas présenter un modèle idéal, une vérité universelle mais aider les enfants à se construire une opinion à partir de messages ou de désirs souvent contradictoires. En effet, celui intitulé « *Je ne crois que ce que je vois* » offre la possibilité aux enfants de réfléchir aux croyances et à la vérité scientifique. Un texte à destination des enseignants montre que l'évolution des connaissances peut remettre en cause les vérités dans le temps et selon les cultures.

## Le jeu

Le jeu présent dans le coffret a été conçu dans l'esprit des jeux coopératifs... Si la compétition est un élément moteur chez les enfants et les adultes, il est important de faire prendre conscience aux enfants qu'on est encore plus fort

à plusieurs et que la mise en commun de la diversité des personnalités, des centres d'intérêt, des compétences peut servir tout le monde. Dans le jeu du coffret, la coopération permet aux enfants, qui jouent en équipe, de faire appel à une autre équipe pour se faire aider. Si la réponse de l'équipe aidante est juste, les deux équipes marquent des points. Les enfants pourront ainsi comprendre que le travail à plusieurs est enrichissant et complémentaire. Le jeu est basé sur les connaissances que les enfants peuvent acquérir tout au long des chapitres, mais également sur du dessin et du mime, permettant aux enfants en difficulté scolaire de pouvoir s'illustrer dans d'autres domaines que celui du savoir.

## La frise

Le coffret propose un grand nombre d'activités à réaliser au fur et à

mesure de l'histoire du livret enfant et, à chaque fin de chapitre, un élément de la frise peut être accroché dans la classe. Afin de donner une continuité à la frise, des éléments de chaque poster sont repris sur les suivants. Bien sûr les membres de la communauté éducative ne sont pas contraints de tout réaliser mais le livret enseignant recommande d'éviter le plus possible les interventions ponctuelles.

## Pour conclure...

La collection des « Chemins de la santé » est désormais complète ; les professionnels au contact des enfants de 8 à 10 ans, à l'école ou en périscolaire, pourront choisir de mettre en œuvre l'intégralité d'un coffret ou de piocher dans les quatre pour atteindre les objectifs de leur action de promotion de la santé. La volonté de l'INPES de rendre ses outils gratuits participe au même

objectif que la création de ce dernier coffret, à savoir développer les actions d'éducation pour la santé de manière équitable sur l'ensemble du territoire. La promotion de ces outils, à laquelle participe le ministère de l'Éducation nationale, grâce à une convention cadre signée en juillet 2003 entre l'INPES et le ministère pourrait aboutir à leur expérimentation dans le cadre du « programme d'éducation pour la santé de la maternelle au lycée ». Un bon tremplin pour une évaluation scientifique... histoire de voir si les chemins de la collection mènent bien à la santé !

**Bruno Housseau**

Chargé de mission  
outils pédagogiques, INPES.

## Promouvoir la santé en milieu scolaire : quelques règles essentielles

Voici quelques principes en matière de promotion de la santé à l'école (Extraits du cahier des charges de la collection « Les Chemins de la santé »).

### • Prendre en compte toutes les dimensions de la personne humaine

- respecter les diversités culturelles, familiales, socio-économiques ;
- prévoir des activités qui ne fassent pas seulement appel aux facultés de raisonnement et de mémorisation des enfants, prendre en compte leur besoin de bouger, d'être actifs et leurs besoins affectifs et relationnels ;
- quel que soit le thème évoqué, l'aborder sous tous ses aspects (physique, psychologique, social) ;
- ne pas présenter un modèle idéal, une vérité universelle mais aider les enfants à se construire une opinion à partir de messages ou de désirs souvent contradictoires.

### • Permettre aux enfants d'être acteurs

- construire les projets en s'appuyant sur les représentations, les préoccupations et les expériences des enfants ;
- relier les activités à leur vie quotidienne ;
- les aider à prendre des responsabilités dans les projets ;
- leur donner l'envie et les moyens de découvrir, de créer et non de répéter le discours des adultes.

### • Veiller à ne pas accroître les inégalités sociales

- éviter de reproduire les situations d'échec et de réussite ;
- écouter et valoriser tous les enfants et plus particulièrement ceux qui rencontrent des difficultés scolaires, familiales et sociales ;
- relativiser et individualiser autant que possible les conseils et les recommandations.

### • Intégrer les activités à la vie de la classe et de l'école

- éviter les interventions ponctuelles ;
- intégrer autant que possible les actions d'éducation pour la santé à un projet de classe ou d'établissement.

### • Conjuguer les actions visant l'amélioration des conditions de vie dans l'école et les actions d'éducation pour la santé

- prendre en compte les responsabilités individuelles et collectives ;
- prendre en compte les responsabilités des enfants et des adultes.

### • Travailler en partenariat : enseignants, santé scolaire, parents, partenaires extérieurs

- valoriser les compétences ;
- développer les relations et les échanges ;
- donner l'habitude à chacun de faire appel aux autres dans le respect de leur spécificité.

1. Jean-Christophe Azorin (centre ressources et prévention santé Épidaure, Centre régional de lutte contre le cancer - Inspection académique de l'Hérault), Agnès Bernard Breillat (Éducation nationale à Fontenay), Diane Boesch (Comité régional d'éducation pour la santé Haute-Normandie), François Chevalerias (Éducation nationale, Ozoir-la-Ferrière), Béatrice Cotellet (département des outils pédagogiques, INPES), Muriel Debay (Éducation nationale à Lens), Michèle Deroche (Fédération des conseils de parents d'élèves des écoles publiques), Christine Ferron (direction des affaires scientifiques, INPES), Vincent Fournier (direction des éditions et des stratégies de diffusion, INPES), Saliba Hassena (département des outils pédagogiques, INPES), Bruno Housseau (département des outils pédagogiques, INPES), Fabienne Lemonnier Leguicher (département des outils pédagogiques, INPES) Hélène Lilette (Éducation nationale à Fontaine-les-Dijon), Françoise Luciani (Éducation nationale à Limours), Bénédicte Mainsant (école de Châlons-en-Champagne), Laurence Matheron (École des parents et des éducateurs des Bouches-du-Rhône), Sif Ourabab (action et documentation santé pour l'Éducation nationale), Brigitte Sandrin Bertbon (Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon), Isabelle Vincent (direction de la communication et des outils pédagogiques, INPES), Andréa Walsb (département Lieux de vie - Lieux de soins, INPES), Philippe Guilbert (direction des affaires scientifiques, INPES). Illustrations : Serge Bloch - Conception graphique Dans les villes, Strasbourg.

## ► Références bibliographiques

- (1) Barthélémy L. Rapport évaluation Léo et la terre - Léo et l'eau. Vanves : CFES, 1999 : 49 p.
- (2) Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Réalisation de coffrets pédagogiques en éducation pour la santé destinés aux trois cycles de l'école primaire : cahier des charges. Vanves : CFES, 1995 : 5 p.



## Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires

Sous la direction de Christophe Broqua, France Lert, Yves Souteyrand

Cet ouvrage collectif rassemble dix-huit contributions de chercheurs en sciences sociales et santé publique ; il apporte un éclairage sur plus de vingt ans d'histoire commune de l'homosexualité et du sida, histoires qui paraissent aujourd'hui se dissocier dans les représentations sociales. Les tensions apparues autour des enjeux que sont la gestion collective des risques de transmission du VIH et la reconnaissance sociale de l'homosexualité, les évolutions du mouvement homosexuel liées à l'épidémie sont mises en lumière au travers de la transformation du rapport aux institutions médicales, du changement des pratiques sexuelles et de la diffusion des comportements préventifs. Des enquêtes, dont la méthodologie est présentée, enrichissent également l'étude. Plus récentes, les évolutions concernant le statut social de l'homosexualité font apparaître une tension résultant notamment de l'écart entre normalisation et visibilité d'une part, et persistance de l'homophobie, d'autre part, qui, intériorisée, est source de dégradation de l'estime de soi et de souffrance en particulier pour les jeunes homo-

et bisexuels. À ce titre, les données sur le risque de développer des conduites suicidaires sont éclairantes. Les données présentant les violences physiques subies liées à l'orientation sexuelle le sont également, en particulier en ce qui concerne les femmes.

Cette vulnérabilité persistante traduit les « tensions sociales et identitaires » qui marquent la construction de l'identité des homosexuels. Au cœur de ces tensions, les comportements de transgression et de prise de risques questionnent la santé publique. L'apport pour la promotion de la santé de la compréhension du sens et des contextes de ces comportements sexuels par la recherche en sciences sociales est un des axes de ce livre. Enfin, l'ouvrage présente un panorama des campagnes de communication publique et des stratégies de prévention du sida en direction des homosexuels et bisexuels masculins.

Olivier Delmer

Paris : ANRS, coll. Sciences sociales et sida, 2003, 292 pages

<http://www.anrs.fr/index.php/article/articleview/1076/1/317> [dernière visite le 18/06/04]

ou <http://www.lecrips.net/webidf/publications/livres/homosexualites.zip> [dernière visite le 18/06/04]

## 100 questions sur le VIH-sida

Coord. : Sylvie Cohen

Apprendre sa séropositivité, vivre au quotidien, se soigner, connaître ses droits, etc. Ce guide, réalisé par l'équipe d'Arcat en partenariat avec Sida Info Service et le ministère de la Santé et de la Protection sociale, aborde l'essentiel des préoccupations des personnes qui découvrent leur séropositivité au VIH. Une ou plusieurs questions sont formulées sur chaque page et accompagnées de réponses directes et synthétiques.

La première partie est consacrée à la découverte de sa séropositivité et à l'annonce aux proches, au voisinage, aux collègues de travail. Des suggestions ou recommandations sont proposées pour aider la personne et son entourage à traverser au mieux ces difficultés relationnelles et psychologiques la conduisant parfois jusqu'à la dépression.

Une seconde partie présente les incidences de la séropositivité sur la vie quotidienne et prodigue des conseils pour la pratique d'un sport, l'alimentation, la sexualité ou la conception d'un enfant.

Dans une troisième partie, les auteurs mettent l'accent sur les droits relatifs à la vie professionnelle de la personne séropositive, à sa protection sociale, aux allocations, au logement, à la confidentialité, etc.

Enfin, le dernier chapitre s'achève sur la question des soins, du suivi médical, des traitements, des maladies opportunistes, et des dernières avancées de la recherche.

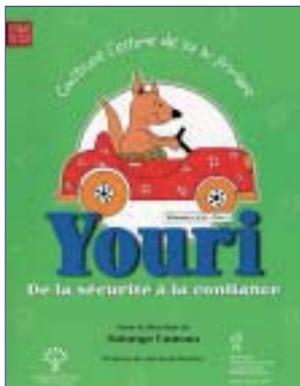
Au fil des chapitres, des vignettes viennent rappeler les coordonnées de permanences téléphoniques, des adresses de sites Internet, ou encore synthétisent des points forts, des informations clés à retenir ou des questions utiles à se poser.

Le guide se poursuit par un lexique de termes médicaux, techniques, administratifs fréquemment employés. Il offre ensuite des sources complémentaires d'information : quelques brochures sont décrites, une liste d'ouvrages et de périodiques en lien avec les thèmes précédemment abordés est présentée, ainsi que des adresses de centres régionaux d'information et de prévention du sida, des sites Internet d'institutions, d'associations ou d'actualités.

Les permanences téléphoniques sont également répertoriées avec leurs heures d'ouverture, leurs caractéristiques : anonymat, gratuité, langues accessibles, public visé, etc. Le guide est illustré par des dessins.

Sandra Kerzanet

Brochure téléchargeable sur <http://www.arcat-sida.org> [dernière visite le 17/06/04]



## **Youri : de la sécurité à la confiance Pristi : de la connaissance de soi à l'identité**

Solange Luneau / dir. : Germain Duclos

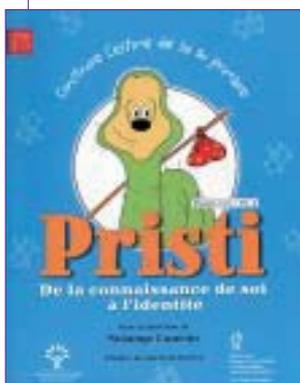
Deux volumes de la collection « Estime de soi : construire l'estime de soi au primaire ». Hôpital Sainte-Justine, en collaboration avec la Commission scolaire des Bois-Francis (Canada).

Destinée aux enseignants et aux intervenants spécialisés, cette collection québécoise propose une série d'outils d'intervention ayant pour objectifs de donner aux enfants des moyens concrets pour construire l'estime de soi et développer leurs compétences sociales. Cette collection comporte six volumes, un pour chacune des années du primaire (de 6 à 11 ans). L'objectif au premier cycle est que l'enfant apprenne « à se faire confiance, à se connaître et à construire un concept de soi positif qui sera la base de son identité ». Au deuxième cycle, il apprend « à reconnaître sa valeur comme membre d'un groupe et comme apprenant ». Enfin, au troisième cycle, il apprend « à s'affirmer positivement dans un groupe ».

Chaque volume s'appuie sur une histoire. Celle de Youri, le kangourou, a pour finalité d'amener l'enfant à se sentir confiant, à prendre, peu à peu, ses distances avec son entourage proche afin de pouvoir « prendre des risques » et vivre des expériences essentielles à son développement. Celle de Pristi, la chenille, va amener l'enfant à découvrir l'importance de bien se connaître, avec ses forces et ses limites et l'aider à construire un concept de soi qui sera la base de son identité.

Chaque volume est complété par quatre éléments :

1. « une démarche à faire vivre » propose différentes activités qui permettent à l'enfant de prendre conscience de la présence ou de l'absence d'estime de soi, de comprendre comment il peut développer ou consolider ce sentiment ;
2. « des attitudes à privilégier », conseils destinés à l'enseignant, pour une gestion de classe qui favorise le développement de l'identité ;
3. « des annexes à reproduire », lesquelles fournissent le matériel nécessaire à l'application de la démarche ;
4. un « dossier parents » reproductible, qui permet de favoriser le transfert des apprentissages dans la vie de tous les jours.



Les autres titres de la collection :

Niveau primaire cycle 2 : Lico : vivre un sentiment d'appartenance au groupe ; Dégourdie : vivre un sentiment de compétence scolaire.

Primaire cycle 3 : Questi : vivre un sentiment de compétence sociale ; Valériane : l'affirmation de soi.

Fabienne Lemonnier

Montréal : Éditions de l'hôpital Sainte-Justine, 2003. Distribués en France par Casteilla 10, rue Léon Foucault, 7 8184 Saint-Quentin-en-Yvelines Tél. : 01 30 14 19 30, Fax : 01 34 60 31 32, Courriel: [casteilla-diffusion@wanadoo.fr](mailto:casteilla-diffusion@wanadoo.fr)  
32 € / volume.



## **Les drogues. Approche sociologique, économique et politique**

Marie Jauffret-Roustide (sous la dir. de), Alain Labrousse, Nacer Lalam, Laurence Simmat-Durand

Cet ouvrage aborde la question des drogues dans leurs dimensions épidémiologique, médico-sociale, juridique, économique, politique et psychosociologique. Il dresse l'état des lieux de la consommation en présentant des résultats issus de diverses enquêtes et en soulignant quelques tendances récentes concernant les pratiques, la nature des produits et les débats en cours quant à leur dangerosité. Les dispositions législatives et réglementaires relatives tant aux mesures de santé publique destinées à lutter contre la toxicomanie qu'au cadre juridique permettant la répression du trafic sont présentées. La mise en place de la coordination de l'action des pouvoirs publics en matière de toxicomanie est décrite ainsi que les plans de lutte qui se sont succédés. Des données chiffrées sur les pratiques policières, les interpellations et les poursuites pénales sont fournies. L'approche économique permet de replacer le phénomène de la consommation de drogues en France dans le contexte mondial de la production et du marché des substances illicites.

La dernière partie de l'ouvrage décrit l'évolution des politiques de prise en charge des usagers de drogues, de l'interprétation de leur comportement et des représentations qui leur sont associées. Avec l'apparition de l'épidémie de sida, l'émergence de la contestation des pratiques des intervenants en toxicomanie défenseurs du sevrage et de la psychothérapie par les partisans de la réduction des risques illustre les débats autour d'une problématique qui reste aujourd'hui complexe.

O.D.

Paris : La documentation française, coll. Les études de la documentation française, 2004, 156 pages, 14 €

Rubrique lectures coordonnée par le centre de documentation de l'INPES : [doc@inpes.sante.fr](mailto:doc@inpes.sante.fr)

